

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° 382

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Louis LE GOFF

Né le 13 Septembre 1910, à Kérien (Côtes-du-Nord)

LES ABCÈS FROIDS
NON TUBERCULEUX

Président : M. FIESSINGER, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Louis LE GOFF

Né le 13 Septembre 1910, à Kérien (Côtes-du-Nord)

LES ABCÈS FROIDS
NON TUBERCULEUX

Président : M. FIESSINGER, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER...	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR - VALLERY - RADOT		VELTER	
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA CHÈRE MAMAN

A MA BELLE-MAMAN

A MA FEMME

Mon inspiratrice et ma collaboratrice.

A NOTRE PETITE MARIE-FRANÇOISE

A MA SŒUR

A MA TANTE MARIA

A MES ONCLES ET TANTES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FIESSINGER

Professeur de Médecine expérimentale à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Necker

*Avec toute notre reconnaissance
pour l'honneur qu'il nous fait en
présidant cette thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE GAC

Agrégé de la Faculté de Paris
Professeur à l'École de Médecine et de Pharmacie de Rennes

*Qui nous inspira le sujet de cette
thèse, avec notre profonde grati-
tude.*

A TOUS MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE RENNES

A TOUS MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE RENNES

A MONSIEUR LE DOCTEUR OLIVIERI

En témoignage de vive amitié,

INTRODUCTION

ABCÈS CHAUD. ABCÈS FROID

L'abcès chaud, collection purulente bien limitée, succède à une inflammation locale à évolution aiguë et développée dans une cavité néoformée. Il reconnaît dans l'immense majorité des cas une étiologie microbienne, les pyogènes à incriminer étant avant tout le staphylocoque blanc et doré et le streptocoque, ou encore le pneumocoque, le colibacille, le tétragène, plus rarement le bacille d'Eberth et de nombreux microbes anaérobies, etc.

L'abcès chaud contient en général du pus « louable » liquide jaune verdâtre, crémeux, bien lié. Au microscope, ce pus est constitué par des leucocytes, des débris de cellules, des débris de tissu conjonctif et des microbes libres ou à l'intérieur des leucocytes qui les ont phagocytés.

La paroi de l'abcès chaud est souvent recouverte d'une membrane, à tort appelée autrefois « membrane pyogène » car il s'agit au contraire d'une bar-

rière contre l'envahissement progressif des tissus par le pus ; vers la cavité de l'abcès on trouve une couche plus ou moins épaisse de leucocytes enserrés dans des mailles fibrineuses ; on peut y déceler le microbe causal en plus ou moins grande abondance. En dehors, le tissu conjonctif jeune en voie d'organisation avec capillaires embryonnaires néoformés est une zone de réaction défensive du tissu conjonctif qui enkyste le foyer purulent et protège les tissus voisins.

Les symptômes locaux de début de l'abcès chaud sont : la *rougeur*, la *chaleur*, la *tumeur* et la *douleur* ; en même temps l'état général est touché avec fièvre, quelquefois frissons, souvent céphalalgie, anorexie, état saburral des voies digestives. Plus tard apparaît la fluctuation qui indique que le pus est collecté.

A l'abcès chaud, d'observation quotidienne, on oppose l'*abcès froid*, beaucoup moins fréquent, quoique courant lui-même. *Collection purulente formée lentement* et en l'*absence des signes cardinaux de l'inflammation* (rougeur, chaleur, tumeur, et douleur). L'abcès froid est dans la majorité des cas d'origine tuberculeuse ; les bacilles de Kœch sont assez rares dans son pus séreux, mal lié, et tenant en suspension des débris caséeux, bien différent du pus crémeux et bien lié de la suppuration chaude, mais on peut prouver leur existence dans la paroi de l'abcès soit par la recherche directe, soit par l'inoculation au cobaye.

Cette paroi, souvent épaisse, est bien réellement

pyogène, et c'est elle qui infecte progressivement les tissus voisins et permet l'extension de la lésion originelle. C'est une membrane *essentiellement active*.

Cette paroi présente une surface interne irrégulière, hérissée de petites saillies jaunâtres et de bourgeons vascularisés formant parfois de véritables fongosités : elle baigne directement dans le pus de l'abcès et l'on peut voir quelquefois des débris caséux encore adhérents à cette paroi interne ; histologiquement elle est constituée par des cellules nécrosées, de la fibrine et des vaisseaux néoformés ; *peu ou pas de leucocytes polynucléaires*. En dehors de cette paroi interne, on trouve la paroi externe de l'abcès ; à l'œil nu, elle est parsemée de points jaunâtres ; dure et ferme, elle n'est pas nettement séparée des tissus voisins lorsque l'abcès froid est encore en évolution, elle envoie au contraire des prolongements dans le tissu cellulaire environnant, entre les muscles, le long des gaines vasculaires. Histologiquement, cette paroi externe nous montre des lésions tuberculeuses en voie de prolifération active : follicules tuberculeux typiques, avec cellules géantes et couronnes de cellules épithélioïdes, foyers de dégénérescence caséuse ; les follicules tuberculeux s'infiltrant dans les tissus voisins en suivant les gaines vasculaires et constituent le prolongement de la paroi externe.

Cliniquement, la tumeur que constitue l'abcès froid, après une première phase d'induration (lorsqu'elle n'est pas symptomatique de lésions ostéo-

articulaires) augmente de volume et se ramollit ; le tout sans grande réaction : *peu ou pas de douleur, pas de rougeur, pas de réaction générale ni de fièvre*. L'abcès froid forme une tumeur tendue, nettement fluctuante, peu ou pas douloureuse à la pression. Très fréquemment, surtout lorsque les abcès sont volumineux, il s'agit d'abcès froid « ossifluent » et il est facile par la clinique et la radiographie de diagnostiquer la tuberculose ostéo-articulaire causale.

Nous voyons donc que schématiquement rien de commun n'existe entre l'abcès chaud et l'abcès froid. Pus différent, étiologie différente, membranes différentes, de structure et de signification opposées, symptomatologies nettement caractérisées de part et d'autre.

Pourtant, dans la réalité des faits, il existe des catégories de passage : abcès froids qui se « réchauffent », abcès chauds qui « se refroidissent ». Il existe aussi des abcès indolents apparus progressivement et qui reconnaissent une étiologie autre que la tuberculose : syphilis ou mycoses, ou même pyogènes habituels de la suppuration chaude (cocci ou bacilles). Certains auteurs ont voulu faire de ces derniers des « collections chaudes refroidies » mais elles nous semblent pouvoir être dans certains cas, d'emblée froides.

En tout état de cause, froids ou refroidis, ces abcès posent des problèmes diagnostiques. Cliniquement tout abcès froid fait penser à la tuberculose,

mais nous nous attacherons à montrer que tout abcès froid n'est pas forcément tuberculeux.

Nous avons demandé au Docteur LE GAC, Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes de nous guider dans le choix d'une thèse, et il nous a fourni sur les abcès froids non tuberculeux trois observations qui nous ont incité à étudier la question. Nous avons cru pouvoir conclure qu'on établit trop facilement l'équation : « abcès froid = abcès tuberculeux » et nous avons pensé faire de ce sujet, une mise au point qui constitue l'objet de ce travail.

CHAPITRE I

LES ABCÈS FROIDS NON TUBERCULEUX EN CLINIQUE

Observations (1)

OBSERVATION I. — (Docteur P. LE GAC)

Dans la séance du 27 novembre 1925, de la Société Scientifique de Bretagne, le Docteur LE GAC publiait, sous le titre : *Multiplés abcès froids à pneumocoques chez un nourrisson*, l'observation suivante :

« Enfant (garçon), né à terme et pesant à la naissance 4 kg. 500. Allaitement maternel.

Au bout de quelques jours rougeur périombilicale, puis omphalite dont la guérison est rapide.

Quinze jours après la naissance apparaît à l'épaule droite une « grosseur » dure ; les jours suivants, une « grosseur » analogue naît à la nuque, puis successivement le coude droit, les hanches droites et gauches, deviennent le siège

(1) Les observations qui suivent ont été prises il y a une dizaine d'années par un praticien exerçant loin de tout centre hospitalier et ne possédant pas la radio. On voudra bien excuser leurs imperfections.

de tumeurs analogues. C'est à ce moment que je fus appelé à soigner l'enfant âgé de deux mois et demi.

Son poids est inférieur à 3 kg. 500 (perte de poids de plus de un kilo). La température rectale est de 37°, les téguments sont secs, ridés, présentent une teinte subictérique. Ce qui frappe le plus au premier abord, c'est l'existence de déformations para-articulaires. Ces déformations sont dues à des tumeurs fluctuantes qui en imposent immédiatement pour des abcès froids.

Par ponction, on en retire un pus visqueux, verdâtre, semblable à un gros crachat de bronchite à la période de coction.

Un abcès siégeant près de l'articulation de la hanche droite donne ainsi 150 centimètres cubes de pus. Dans une deuxième séance, cinq jours après, l'abcès de l'articulation de la hanche gauche donne plus de 100 centimètres cubes de pus.

Dix jours après, deux abcès siégeant près de l'articulation de l'épaule droite donnent chacun 20 centimètres cubes environ du même pus. Deux abcès voisins du coude (dont un fistulisé) donnent 10 à 15 centimètres cubes de pus par abcès.

Il existait encore à la nuque, semblant provenir de l'articulation occipito-atlantoïdienne un dernier abcès, très dur celui-ci, qui immobilisait la tête. L'issue de 20 centimètres cubes de pus par ponction au trocart permit tout mouvement du cou.

Ainsi en quinze jours, en trois séries de ponctions, toutes les collections purulentes furent évacuées. L'état général de l'enfant restait très précaire. Deux nouvelles ponctions, 10 et 15 jours après, furent encore nécessaires aux hanches, au coude, et à l'épaule malades.

Bien qu'aucun abcès ne se reformât, l'enfant restait squelettique, ne gagnant ni ne perdant de poids.

Je fis adjoindre au lait maternel quatre biberons de

90 centimètres cubes de lait de vache stérilisé, coupés de un tiers d'eau bouillie sucrée (le tout stérilisé une deuxième fois). L'enfant reprit aussitôt et gagna successivement pendant trois semaines 400, 480 et 490 grammes... et il continue toujours à progresser. Agé actuellement de huit mois, il diffère assez peu d'un enfant de son âge et n'inspire plus aucune inquiétude.

Examen du pus. — Frappé par l'allure générale du petit malade et par l'aspect du pus, j'ai ensemencé ce pus sur les milieux suivants, seuls que j'avais à ma disposition :

Bouillon simple ; Gélose simple ; Gélose de Sabouraud.

Ces tubes n'ont, après 15 jours d'étuve à 37°, donné aucune culture.

Sur un tube de gélose Sabouraud, laissé à la température ordinaire, rien n'a poussé.

Des frottis ont montré de nombreux diplocoques en capsules prenant le Gram., présentant en un mot, les caractères de coloration et d'allure du pneumocoque. L'insuccès des cultures sur milieux non spéciaux confirme aussi ce diagnostic (Pas d'inoculation à la souris). »

Ayant pu examiner l'enfant ultérieurement, le Docteur LE GAC, le 12 mai 1927 écrit ceci :

L'observation ci-dessus signale que l'enfant « diffère assez peu d'un enfant de son âge »...

« Il semblait en effet avoir les cuisses courtes, mais ce raccourcissement apparent était attribué par moi et par l'entourage à la présence des cicatrices et autres suites des abcès coxaux.

L'enfant revu vers l'âge de un an était fort, *gras*, et les fesses rejetées en arrière, lui donnaient un peu le profil postérieur de la Vénus hottentote (la mollesse même des fesses paraissait confirmer le diagnostic de stéatopygie).

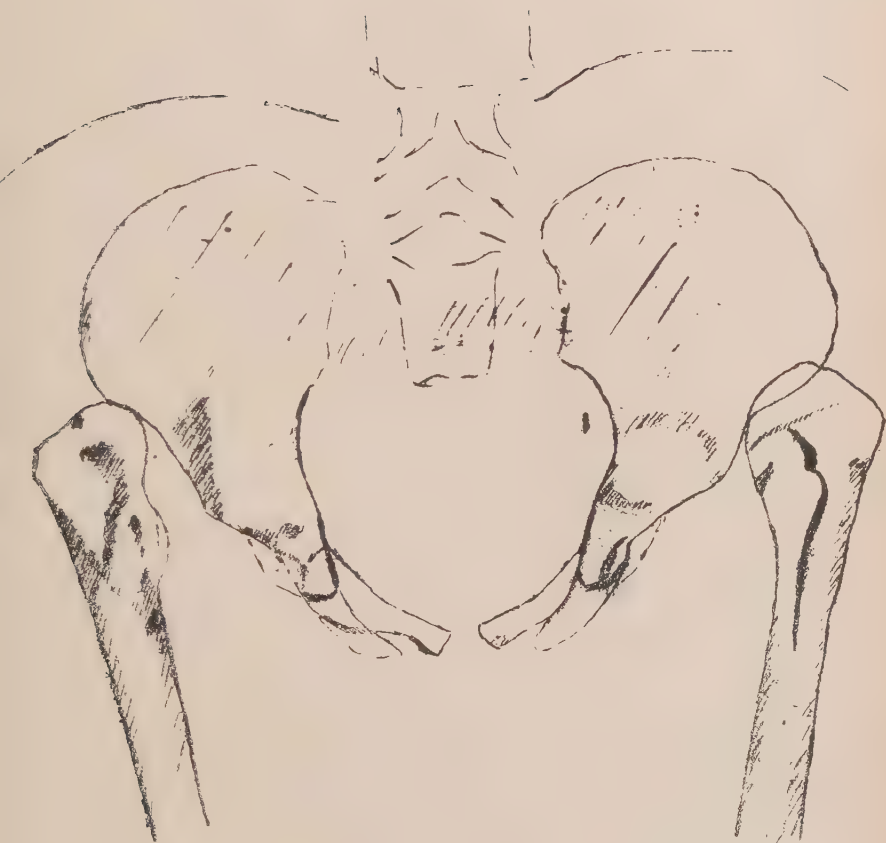


Fig. 1.

La palpation étant très difficile, le diagnostic fut laissé en suspens.

Il y a environ huit mois, l'enfant m'est ramené parce qu'il marche difficilement, « drôlement ». La démarche est caractéristique, et le sujet, les reins cambrés, rattrape l'équilibre par une courbe compensatrice aux genoux (ce qui fait dire à l'entourage que c'est en eux que siègent les lésions). Je conseille une radiographie... qui n'est pas faite... et l'on attend que « cela s'arrange ».

Arrive l'âge de la première culotte : l'enfant est si mal conformé qu'on le remet en robe et qu'on se décide à tout tenter. D'où radiographie le 9 mai 1927. (Voir schéma ci-joint.) Elle révèle avec la situation anormale et dissymétrique des têtes fémorales les altérations osseuses qu'on s'attendait à trouver. »

Depuis 1927 l'enfant a continué à grandir, et il présente actuellement une luxation pathologique des hanches et un raccourcissement important de l'humérus droit, (action du processus infectieux sur les cartilages de conjugaison de l'os). A part ces malformations évidemment très importantes, rien à signaler : croissance normale, pas de maladies graves, intelligence éveillée, etc...

OBSERVATION II. — (Docteur P. LE GAC)

Abcès froid à streptocoques chez un nourrisson.

Il s'agit d'un garçon né le 18 juillet 1927 ; l'enfant qui n'est pas gras, paraît long. Il pèse 3 kilos.

L'accouchement a été laborieux et s'est terminé par un forceps dans l'excavation. Par suite d'une prise un peu « énergique », quoique correcte, le derme près de l'oreille gauche a été exfolié.

En dehors de tout avis médical, la famille applique sur l'insignifiante plaie provoquée par le forceps, des topiques à base de graisses variées, et en 4 à 5 jours apparaît une inflammation, puis un petit abcès qui évolue en quelques jours vers la guérison.

Je revois l'enfant le 31 août : il est malingre, chétif, prend mal ses biberons. Il n'a pas gagné de poids depuis la naissance. Le corps est recouvert de poils follets ; et il présente sur la tête et sur l'épaule gauche des croûtes ostréacées, *qui ne recouvrent pas des lésions d'impétigo*. La température rectale est de 36°5.

Au niveau de la hanche gauche, grosse tumeur molle, fluctuante qui présente les caractères cliniques d'un abcès froid.

La collection purulente, prête à se faire jour, est évacuée par un orifice très petit et donne environ 100 centimètres cubes de pus « bonum et laudabile » (Une partie de ce pus recueilli avec les précautions aseptiques désirables servira aux examens de laboratoire. Voir plus loin).

Selon les dires des parents, l'abcès s'est formé peu à peu, et l'enfant n'accusait aucune douleur à la pression au niveau de la hanche, mais pleurait quand on le mobilisait en entier.

Les mouvements de la hanche gauche n'étaient pas douloureux avant la ponction, ni ne le sont pas devenus après.

L'abcès a laissé couler un peu de pus pendant quelques jours, puis s'est asséché rapidement.

Le 9 octobre l'enfant est plus vivant, nettement amélioré. Les croûtes ostréacées de la tête et de l'épaule gauche ont disparu, et un petit point rouge indique la place de l'orifice de ponction. Ce point rouge laisse quelquefois sourdre un liquide séreux. On remarque cependant que l'enfant est légèrement déformé, que la région coxale gauche est plus développée que la droite. La température de l'enfant est 36°9.

Revu en juillet 1928, l'enfant apparaît atteint d'une luxation congénitale des deux hanches, et le chirurgien qui effectua à ce moment la réduction, dans une lettre du 16 juillet 1928 dit au Docteur LE GAC :

« Quant à la luxation congénitale, je l'ai également appareillée il y a quelques jours. Du côté droit, aucune difficulté, le fémur est allé en place presque tout seul, mais du côté gauche, cela a été plus dur. De plus, j'ai eu l'impression qu'elle présentait de ce côté un *certain enraidissement de l'articulation*, et je me demande malgré tout, si cette hanche n'a pas été un peu touchée au moment de la poussée infectieuse qu'elle a faite quelque temps après sa naissance.

J'ai fait vérifier le résultat de l'intervention par la radio. Les deux têtes étaient en place. »

En résumé, il s'agit d'une *collection purulente*, peut-être refroidie, ou plutôt qui s'est formée lentement, sans fièvre, et qui semble d'origine coxale. Le tout survenant à la suite d'un abcès chaud de la région de l'oreille.

Examen du pus

1) *Examen direct :*

Nombreuses chaînettes de cocci prenant le Gram...

2) *Cultures :*

a) *Bouillon :* Le liquide reste clair, mais dépôt assez abondant. Par agitation les flocons se disséminent dans le

liquide, puis retombent rapidement. Le milieu ne devient pas acide.

b) *Lait* : Coagulation en 24 heures. Le milieu est très acide.

c) *Gélatine* : En piqûre, colonies petites, arrondies, pas de liquéfaction.

d) *Gélose ordinaire* : Petites colonies confluentes, formant une nappe à bords déchiquetés.

e) *Gélose Sabouraud* : Petites colonies confluentes, formant une nappe à bords déchiquetés.

f) *Pomme de terre* : Pas de culture apparente.

3) *Pas d'inoculation* à l'animal.

C'est-à-dire, présence de cocci groupés en chaînettes, mais ne présentant pas les caractères de culture du streptocoque ordinaire.

OBSERVATION III. — (Docteur P. LE GAC)

Abcès froid à pneumocoques chez un adulte.

Le 25 décembre 1926, M. M..., boucher, est frappé subitement de point de côté, dyspnée, fièvre, etc., ensemble de symptômes qui font porter le diagnostic de congestion pulmonaire (?).

Traité par les méthodes classiques, l'affection évolua, et après une dizaine de jours, le malade restait seulement très faible.

Vers le 10 janvier 1927, M. M... se lève, est à l'aise, mais ressent cependant une lourdeur à la hanche droite. Au fond, ce ne semble pas grave, et il tâche de reprendre ses occupations habituelles.

Bientôt la région sciatique droite devient nettement douloureuse ; le malade doit se coucher. Aucun des traitements mis en œuvre n'amène de sédation et M. M... qui ne dort pas, s'affaiblit de jour en jour.

Je vois le malade pour la première fois le 7 avril 1927. Il est très amaigri. Devant l'intensité de la douleur, et en présence de signes cliniques nets, on ne peut porter que le diagnostic de sciatique. La hanche en effet est mobilisable, mais les mouvements arrachent des cris au patient. La région lombaire et fessière est douloureuse ainsi que tout le trajet du nerf sciatique. Points douloureux de Valleix, signe de Lasègue, ...rien ne manque.

La température rectale est de 37°2, et pendant toute la durée de l'affection, il y aura plutôt de l'hypothermie.

La douleur spontanée devient peu à peu intolérable ; l'état général du patient est de plus en plus atteint, et quelques soient les traitements mis en œuvre, injection épидurale, et même rachinovocaïnisation, les phénomènes douloureux reparaissent bientôt avec une acuité accrue. La cuisse maigrit, et le côté malade s'atrophie de jour en jour. Seule, la morphine permet au malade d'éviter le suicide.

Aucun signe ne permettant un diagnostic ferme d'origine, et en l'absence d'une radiographie, je pense à une néoplasie osseuse de la région d'émergence du sciatique.

Cette hypothèse m'amène à songer au transfert du malade au centre anti-cancéreux de Rennes, quand, le 3 septembre, apparaît dans la région lombaire une tuméfaction légère qui grossit assez rapidement, et qui, le 5 septembre atteint le volume d'un demi-œuf d'oie. Tumeur dure, non fluctuante, paraissant contenir un liquide sous tension. Une ponction ramène un pus visqueux, verdâtre, en tous points analogue à celui trouvé chez le petit malade de l'observation I (Voir plus bas, l'examen du pus).

La ponction ramena environ 150 centimètres cubes de pus. Les jours suivants, l'écoulement continue, le liquide devenant de plus en plus séreux. Pendant ce temps les douleurs allèrent en s'atténuant et à dater du 18 septembre, on put cesser les injections de morphine.

Le 23 octobre, le malade est « consolidé », et il commence

à se lever. La hanche droite est ankylosée et le restera, tous les massages et les essais de mécanothérapie n'ayant amené aucune amélioration.

En somme, fixation au niveau de la hanche d'un microbe (pneumocoque) provenant d'un foyer pulmonaire. Arthrite subaiguë avec compression du nerf sciatique par la poche de pus. Pas d'hyperthermie, véritable abcès froid ossifluent.

Examen du pus.

1) *Examen direct :*

Présence de nombreux diplocoques encapsulés prenant le Gram... ayant les caractères morphologiques du pneumocoque.

2) *Cultures :*

L'étuve, renfermant depuis six heures les milieux de culture est amenée au lit du malade, et le pus ensemencé aussitôt après le prélèvement sur milieux déjà à 37° ; nous avons obtenu les résultats suivants :

Ensemencement le 5 septembre 1927 à 12 heures.

Après 24 heures :

Bouillon : légèrement trouble.

Gélose : Gouttelettes de rosée.

Gélose Sabouraud : Rien.

Sérum coagulé : Gouttelettes de rosée (moins abondantes que sur gélose).

Après 48 heures :

Bouillon : Trouble plus accentué.

Gélose : Gouttelettes plus grosses.

Gélose Sabouraud : 3 gouttelettes.

Sérum coagulé : Gouttelettes plus grosses (moins que sur la gélose).

Après 3 jours :

Bouillon : Trouble plus accentué.

Gélose : La culture semble en regression.

Gélose Sabouraud : 3 gouttelettes.

Sérum coagulé : Gouttelettes plus aplaties.

Après 4 jours :

Bouillon : Liquide clair et dépôt.

Gélose : Régression.

Gélose Sabouraud : 3 gouttelettes.

Sérum coagulé : Gouttelettes plus aplaties.

Après 6 et 8 jours mêmes remarques que le quatrième jour.

3) *Inoculation* :

a) Un lapin de 1350 grammes reçoit le 6 septembre 1927 à 7 heures, sous la peau du flanc droit, 1/2 cc. de pus. Il n'a présenté les jours suivants aucun phénomène pathologique digne d'être signalé, et le 15 septembre 1927, neuf jours après l'inoculation, il pèse 1520 grammes.

(Tenir compte que l'inoculation a été faite 19 heures après le prélèvement du pus).

b) Le 16 septembre 1927, inoculation à une souris de 1/10 cc. de pus prélevé dix minutes auparavant.

L'animal meurt 37 heures après l'inoculation ; le sang du cœur fourmille de pneumocoques.

L'étude de ces trois observations nous a amené à rechercher dans la littérature des cas similaires, et nous avons recueilli un certain nombre d'observations qui rentrent dans le cadre « des abcès froids non tuberculeux ». Certains mêmes sont exactement semblables à notre observation personnelle (observation IV) que nous donnerons ultérieurement.

Les germes incriminés sont très divers et pour plus de commodité nous avons groupé ces différents travaux suivant la nature de l'agent causal.

OBSERVATION V. — (Personnelle)

Depuis la rédaction de ce travail, nous avons observé un nouveau cas d'abcès froid non tuberculeux chez un nourrisson de cinq semaines.

Il s'agissait d'un gros abcès de la région fessière gauche à évolution torpide. Pas de fièvre, état général satisfaisant.

L'augmentation du volume de la fesse était le symptôme dominant lorsque nous fûmes appelés à soigner l'enfant qui criait constamment depuis deux jours.

L'incision profonde donna jour à un pus sanguinolent, sous pression, abondant (250 centimètres cubes environ) et soulagea immédiatement le bébé.

L'examen direct et les cultures sur milieux usuels montrèrent la présence dans le pus de staphylocoque doré.

La guérison de l'abcès fut obtenue en quatre jours.

Surveillant de près l'enfant, nous avons dépisté quelques jours plus tard un second abcès profond du tiers supérieur de la fesse gauche ; il n'était pas fluctuant contrairement au précédent ; nous ne l'avons pas incisé. Il a disparu de lui-même alors que nous administrions au petit malade, pendant 8 jours du vaccin antistaphylococcique « per os ».

Actuellement, la mobilisation de la hanche gauche arrache quelques cris à l'enfant ; nous nous proposons de faire radiographier ses hanches et nous avons réservé notre pronostic éloigné, en ce qui concerne l'intégrité de l'articulation.

Sous le titre : *Evolution prolongée d'une ostéo-arthrite gonococcique infantile*, MM. GÉRARD et André PATOIR et Pierre DECOULX, ont rapporté en juillet 1935 dans la *Revue de Chirurgie*, l'histoire d'un jeune homme qui avait été atteint en novembre 1927, à l'âge de 14 ans, d'arthrite gonococcique du coude droit, diagnostic confirmé par des recherches bactériologiques. Après divers traitements le malade avait récupéré en quelques mois la presque totalité de ses mouvements et ne gardait qu'une ankylose légère. Seuls les mouvements extrêmes de flexion et d'extension étaient impossibles.

En mai 1933 apparurent des douleurs à la mobilisation et une tuméfaction de la région olécraniennne, et en juin, le malade entra à l'Hôpital. Il présentait à cette époque à la face postérieure du coude, au-dessus de la gouttière épitrochléenne, une petite nodosité régulière, tendue, du volume d'une noisette. A la radiographie, on constata une décalcification considérable et surtout plusieurs foyers d'ostéite qui avaient creusé toute l'extrémité humérale. Contours osseux flous, interligne articulaire très irrégulier. Les chirurgiens qui le soignèrent à cette époque et qui ignoraient ses antécédents gonococciques portèrent le diagnostic d' « abcès froid » et la poche qui contenait le liquide purulent fut enlevée en totalité.

Cette erreur, très compréhensible, ne fut du reste pas préjudiciable au malade que les auteurs retrouvèrent en octobre 1933 ; il revint les consulter pour

une petite fistule de la face antéro-interne de son coude qu'ils réussirent à guérir assez vite.

Après une série de recherches de laboratoire, les auteurs en arrivent à la conclusion suivante : origine certainement gonococcique de cet « abcès froid » du coude, complication d'une ostéo-arthrite prolongée.

L'arthrite gonococcique n'est pas forcément une simple synovite, le gonocoque peut créer des lésions ostéomyélitiques, et même des lésions apyrétiques et indolentes des parties molles, véritables abcès froids.

En pareil cas, la connaissance des antécédents a une valeur considérable pour le diagnostic, car nous retrouvons ici, comme dans les observations du Docteur LE GAC, la notion d'une infection aiguë préalable, parfois ignorée ou cachée à dessein par le malade.

Même importance de la connaissance des antécédents dans les cas de suppuration d'allure froide dues au *Micrococcus Mélitensis*, qui semblent actuellement assez fréquentes. Si l'on songe que dans une étude statistique récente (Pr. Méd. 6 fév. 1937) R. M. TAYLOR, M. LISBONNE, L. E. VIDAL faisaient observer que, en France tout au moins, 99 % seulement des cas de « fièvre ondulante » s'accompagnent de fièvre, l'on voit qu'il est probable que, de temps à autre, soient pris pour des abcès froids tuberculeux des abcès mélitococciques les simulant de très près.

Ceux-ci risquent d'être confondus avec des abcès ossifluents tuberculeux d'autant plus que, comme le rappelaient MM. DELHERM, ESTÈVE et MORICE à la Société de Radiologie en novembre 1936, la

radiographie « ne permet guère de différencier les lésions osseuses de la mélitococcie de celles du Mal de Pott bacillaire ».

VICHARD dans sa thèse (Brucelloses et manifestations ostéo-articulaires, Nancy, 1935) souligne que certains auteurs, infectant expérimentalement des cobayes par le Mélitensis, ont vu apparaître chez ceux-ci « des abcès costaux et sternaux et des abcès ganglionnaires ayant un aspect et une allure d'abcès froid... En clinique humaine, les formes chroniques, d'allure primitives, des brucelloses ostéo-articulaires simulent quelquefois les lésions tuberculeuses des os et des articulations... et les ostéites suppurées ne sont pas sans analogies, ajoute-t-il, avec les abcès froids tuberculeux... Leur aspect clinique, l'allure de ces suppurations, l'aspect des plaies font penser à un abcès froid ».

La connaissance d'une Mélitococcie antérieure, lorsqu'elle existe, est capitale pour le diagnostic.

Voici par exemple, le cas d'un jeune homme de 24 ans, dont l'observation a été publiée par HAMANT et ROTHAN dans la *Revue Médicale de l'Est* de décembre 1933. Il présentait une collection pré-thoracique fluctuante. Le pus retiré se montra stérile, mais le séro-diagnostic fut positif au Mélitensis jusqu'au 1/400. On retrouva dans les antécédents deux épisodes fébriles qui avaient été étiquetés fièvre typhoïde. Un traitement à des doses croissantes de mélitine de Burnet détermina une amélioration nette. (Il fallut toutefois inciser pour obtenir la guérison complète).

Mais d'autres fois l'étude des antécédents ne donne que de faibles présomptions et ce n'est qu'en pratiquant systématiquement d'emblée les examens de laboratoire en pays de mélitococcie endémique, que l'on peut faire le diagnostic : exemple, le malade de GARDNER, atteint d'arthrite du genou, d'abcès costal et d'abcès tibial, dans le pus desquels on put identifier le *Micrococcus Mélitensis* de Bruce et chez qui la séro-agglutination fut positive.

Dans *Un cas de lunarite mélitococcique ayant simulé une tumeur blanche du poignet* que BOTREAU-ROUSSEL et HUARD ont communiqué à la Société Nationale de Chirurgie en décembre 1931, il s'agissait d'un homme âgé de 20 ans, dirigé sur l'Hôpital Militaire de Marseille avec le diagnostic d'arthrite bacillaire du poignet droit. Seul l'interrogatoire méthodique mit sur la voie du diagnostic en montrant que le malade avait contracté un an auparavant la fièvre de Malte. RIMBAUD et LAMARQUE ont pu écrire, de leur côté, que « même un radiologiste, ignorant l'histoire de ces malades, serait amené avec raison à parler de tuberculose ».

En somme, ce n'est qu'en se méfiant, « en ayant pour principe, en présence d'une collection froide, de penser toujours à la possibilité d'une origine autre que la tuberculose » que l'on a des chances d'éviter à son malade le diagnostic erroné d'abcès froid tuberculeux, de tuberculose ostéo-articulaire et le traitement qui en découle.

Dans un article de *Paris Médical* du 30 avril 1932,

sur lequel nous reviendrons, SCHWARTZ montre « le bien-fondé de cette vérité qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit quand on se trouve en présence d'un abcès froid : *Tout abcès froid n'est pas forcément tuberculeux.* » Et il cite, entre autres, l'observation d'un malade qui vint le consulter en décembre 1929 pour une tuméfaction siégeant sur la face antérieure du sternum à la hauteur des deux premières côtes et datant d'un mois. « Le volume de la tuméfaction est à peu près celui d'une moitié d'orange que l'on aurait appliquée sur l'os. La peau ne présente aucune modification et repose sur une masse molle, fluctuante au centre seulement.

A la périphérie de la lésion, le sternum est douloureux à la pression. Il n'y a aucune réaction générale.

La lésion présente, en somme, toutes les apparences d'un abcès froid d'origine sternale, si ce n'est que la fluctuation, sauf au centre, n'est pas assez franche.

C'est alors que j'apprends, en interrogeant le malade, qu'il a une histoire très nette de fièvre de Malte, démontrée par la présence dans le sang du *Micrococcus Mélitensis*.

Une intradermo-réaction positive confirme ce diagnostic, et le malade, après curettage de son sternum et vaccination guérit de sa lésion d'une façon parfaite. »

Ainsi se trouve confirmée la notion de la fréquence relative des suppurations froides simulant la tuber-

culose et causées par le Mélitocoque. Certes, en matière de lésions osseuses et articulaires mélitococciques, la suppuration n'est pas la règle, mais elle est loin d'être exceptionnelle, et MM. BOTREAU-ROUSSEL et HUARD communiquant à la Société Nationale de Chirurgie (séance du 2 déc. 1931) un cas de *Spondylite et arthrite sacro-iliaque mélitococciques avec abcès fessiers bilatéraux ayant simulé des abcès froids ossifluents*, s'appuyant d'autre part sur les travaux de GILOT et JOBART et sur ceux de BRUN et BURNET dont ils rappellent une très belle et très probante observation, concluent que « dans les pays où la mélitococcie est endémique, toute suppuration devra être l'objet de recherches bactériologiques avant d'être attribuée à la tuberculose, et que dans les cas douteux on ne négligera aucune réaction biologique permettant d'écarter toute suspicion de mélitococcie ».

Nous nous sommes ainsi étendus sur le chapitre des manifestations froides mélitococciques évoluant au niveau des parties molles, parce qu'elles posent au maximum la question du diagnostic différentiel de la tuberculose ostéo-articulaire avec abcès froids ossifluents.

Nous nous excuserons d'être plus bref en ce qui concerne les mêmes manifestations survenant soit au décours, soit plusieurs mois, voire plusieurs années après une typhoïde ou une fièvre à paratyphiques. CHANTEMESSE et WIDAL avaient déjà démontré que le *bacille d'Eberth* peut aussi engen-

drer des abcès à marche lente, sans accidents inflammatoires aigus. Mais tandis que dans la fièvre de Malte on a pu parler de « pseudo-coxalgie méditerranéenne » (GILOT), en cas de typhoïde la ressemblance est en général moins frappante.

Sans doute, signale-t-on dans les traités des lésions produites sur les articulations par le bacille d'Eberth et pouvant aboutir à des altérations simulant de tous points la tumeur blanche. Mais il n'existe pas à notre connaissance d'observation « d'abcès froid typhique » à point de départ articulaire. Sans doute, la spondylite typhique peut-elle comporter parmi ses symptômes cliniques la plupart de ceux d'un Mal de Pott dorso-lombaire, sauf précisément l'existence d'abcès ossifluents. Il est possible que plus d'une fois on ait pris pour des manifestations bacillaires des lésions de ce genre d'origine typhique, mais en fait, lorsque paraissent un ou plusieurs abcès à Eberth au décours d'une typhoïde, il s'agit dans la règle d'abcès périostés, siégeant de préférence au niveau des os longs (avant tout le tibia), parfois au niveau du fémur, du cubitus, de la clavicule, du sternum, des métacarpiens.

Mais si c'est pure hypothèse de parler d'erreur consistant à prendre une ostéo-arthrite typhique suppurée pour une tuberculose ostéo-articulaire compliquée d'abcès froid, par contre, lorsque l'ostéopériostite typhique suppure pour de bon, il est certain qu'elle peut en imposer pour un abcès froid tuberculeux d'origine osseuse extra-articulaire, en

raison de son évolution insidieuse, se poursuivant sans réaction fébrile appréciable.

S'il s'agit d'un malade convalescent de fièvre typhoïde, le diagnostic est relativement simple ; mais parfois il s'est écoulé un temps considérable depuis l'atteinte éberthienne et il faut par l'interrogatoire dépister l'antécédent typhique.

Rappelons simplement l'exemple d'abcès intra-osseux de l'extrémité inférieure du radius publié par SCHWARTZ dans un article dont nous avons déjà parlé (« Des abcès froids », *Paris Médical*, 30 avril 1932).

Nous retrouverons ces suppurations lorsque nous nous occuperons de la pathogénie des abcès froids non tuberculeux.

Signalons toutefois qu'on a rapporté, très exceptionnellement, des exemples d'abcès volumineux d'origine éberthienne, sans point de départ osseux, mais de diagnostic tout aussi malaisé en raison de leur localisation. Par exemple, le cas observé plus de deux mois après la fin d'une fièvre typhoïde, par MM. VIRES, MAS et SERRE (*Sciences Médicales*, Montpellier, juillet 1936) : le point de départ siégeait dans les masses musculaires de la fesse.

Mais, toutes les fois que chez un nourrisson ou un enfant plus grand le praticien constate une collection froide, il doit envisager la possibilité d'une fièvre typhoïde. Il existe en effet, chez les enfants, des formes cliniques bâtardes et seul l'examen de

laboratoire permettra de dépister la véritable nature de la maladie causale.

A défaut de possibilités de laboratoire, le médecin de famille nous semble ici favorisé ; le diagnostic certain ou probable lui sera plus facile car il se trouve dans de meilleures conditions qu'à l'Hôpital. Il n'aura pas à « débrouiller » son malade, il le connaît d'avance. Il suffira qu'il se rappelle que tout abcès froid n'est pas nécessairement tuberculeux, qu'il peut être dû au bacille d'Eberth ou aux paratyphiques et qu'en conséquence, en présence de toute collection froide survenant chez un patient ayant des antécédents éberthiens, il pense à la possibilité de la même étiologie.

A quoi se résume ce que nous avons dit jusqu'à présent ? Nous avons vu que, tout comme les germes incriminés dans les observations du Docteur LE GAC, parfois le gonocoque, plus souvent le Mélitensis et le bacille d'Eberth provoquaient, après une première atteinte de l'organisme, tantôt de date récente, tantôt assez lointaine, des manifestations froides évoluant au niveau des parties molles et d'origine souvent osseuse ou même articulaire.

Et le *Pneumocoque* ? agent responsable des observations I et III ? Certes, il est classique de lui faire une place dans le diagnostic souvent embarrassant des arthrites coxales subaiguës des nourrissons. Mais nous n'avons cependant pas trouvé dans la littérature d'observations relatant des abcès pneumococques absolument torpides, pas d'observations d'ab-

cès froids ossifluents pneumococciques, évoluant sans aucun des symptômes cardinaux de l'inflammation aiguë. Reconnaissons tout de même, car c'est l'évidence, la tendance silencieuse que présentent maintes fois les manifestations suppurées du pneumocoque notamment en pathologie articulaire. Mais il est absolument exceptionnel, du moins sous nos climats (1), de voir évoluer, chez un adulte, des arthrites suppurées pneumococciques sans la moindre note fébrile et l'observation III du Docteur LE GAC semble être du plus haut intérêt. Elle doit retenir l'attention. Si cette arthrite était apparue dans un autre territoire articulaire, le genou par exemple, peut-être ne se serait-elle accompagnée d'aucune manifestation douloureuse, et n'eût été le voisinage du tronc du nerf sciatique, probablement elle aurait présenté une symptomatologie absolument torpide.

Il est certain que les douleurs atroces dont souffrait le malade pouvaient, devaient faire songer à la probabilité d'un néoplasme. (Rappelons que certains abcès profonds intra-musculaires, par exemple certains abcès de la langue (2), à microbes divers, présentent une symptomatologie apyrétique, torpide, mais font penser plutôt à un néoplasme parce qu'ils sont très douloureux ; ils guérissent vite par simple

(1) L'évolution torpide des suppurations à pneumocoques, par exemple des myosites suppurées, est bien connue des médecins colomaux.

(2) R. GAILLARD, « Abcès profond intra-musculaire de la langue ». *Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon*, 22 février 1928.

ponction ; la douleur semble en rapport avec la tension du liquide comprimant le muscle et les filets nerveux. Il est donc permis de penser que, même en dehors du cas de compression d'un gros tronc nerveux, un abcès froid, fût-il tuberculeux, n'est pas forcément indolent ; conclusion : utilité des schémas, mais se méfier d'eux en clinique).

Quoi qu'il en soit, peut-être un jour, au nombre déjà grand des pseudo-tuberculoses ostéo-articulaires viendra s'ajouter le chapitre des pseudo-arthrites, des pseudo-coxalgies pneumococciques avec abcès froids ; il nous semble que ce sera ici encore, au clinicien de les dépister : notion d'une atteinte antérieure, pulmonaire ou autre, de l'organisme par le pneumocoque, relativement récente dans certains cas, dans d'autres cas très lointaine (1).

La seconde observation du Docteur LE GAC relate l'évolution d'un abcès froid à *streptocoques* chez un nourrisson, non sans rapport semble-t-il avec une atteinte de l'articulation de la hanche, quoique cette atteinte ait d'abord été cliniquement très légère ; chez le nourrisson les arthrites coxales subaiguës liées au streptocoque doivent être discutées au diagnostic de la coxalgie : il existe des abcès torpides avec évolution d'une collection purulente rappelant

(1) SICARD et BRUNHES ont rapporté un diagnostic erroné d'abcès froid ganglionnaire réchauffé ; il s'agissait en réalité de petites adénopathies cervicales bilatérales remontant à 20 ans et ayant fini par se fistuliser. Longue phase de latence, sans douleur, ni température. Agent responsable : *Pneumococcus Mucosus*. Extension profonde, insidieuse qui se compliqua brusquement de méningite mortelle.

l'abcès froid ; rarement toutefois on observe une insidiosité telle que celle de cet abcès de la hanche gauche constaté par le Docteur LE GAC, rarement le travail de destruction osseuse se fait-il aussi lentement, à bas bruit, si nous admettons l'origine streptococcique de la luxation ultérieure.

Chez l'adulte, à part peut-être en milieu colonial, les suppurations froides streptococciques nous semblent exceptionnelles et nous serions tentés de dire que ce microbe « est bon à tout faire »... sauf des abcès froids.

Cependant dans la discussion qui suivit la présentation à la Société Scientifique de Bretagne de l'observation du Docteur LE GAC, M. le Professeur FOLLET signala qu'il avait eu à traiter quelques abcès angulo-maxillaires post-scarlatineux à évolution torpide malgré leur origine streptococcique.

Dans la « Biologie de la Plaie de Guerre », MM. les Professeurs Pierre DELBET et Noël FIESSINGER rappellent aussi que l'un d'eux a observé, à la suite d'une scarlatine l'apparition de plusieurs abcès froids bénins où ils n'ont isolé que du streptocoque. Deux de ces abcès étaient cervicaux, mais il existait aussi un abcès sous-cutané temporal et un abcès du mollet.

En dehors de ces adénites suppurées et de ces abcès froids du décours de la scarlatine, signalons que le streptocoque, véritable microbe de sortie, peut être à l'origine des abcès terminaux de certaines maladies infectieuses. M. le Professeur Noël FIESSIN-

GER a observé avec FLORAND, une rubéole bénigne qui se compliqua de septicémie à streptocoques, « avec endocardite, avec arthrite, périostite et abcès périphériques, infections suppuratives à streptocoques hémolytiques pathogènes, sans autre symptomatologie surajoutée. » Ces abcès terminaux eurent une évolution froide, et cependant les streptocoques en cause étaient très virulents. Nous en reparlerons à propos de la pathogénie des abcès froids non tuberculeux.

Par suite, pour éliminer par la clinique la signature streptococcique d'une suppuration froide, il ne suffira même pas de trouver chez le malade un passé indemne de toute streptococcie. Il faudra, ici plus que partout ailleurs penser que tout abcès froid n'est pas forcément tuberculeux, il peut être gonococcique, mélitococcique, typhique, pneumococcique, streptococcique même.

L'abcès froid non tuberculeux d'origine syphilitique et l'abcès froid d'origine mycosique existent aussi ; ce dernier est loin d'être une rareté et la plupart du temps il s'agit en ce cas d'actinomyose. Nous éliminerons volontairement, malgré leur fréquence relative, ces abcès froids syphilitiques et mycosiques. Aussi bien nous avons choisi ce sujet de thèse hanté par l'idée que des germes, donnant le plus souvent des abcès chauds, peuvent aussi en certaines circonstances, être les responsables de suppurations à évolution froide. Cette notion est assez peu répandue, en tout cas souvent oubliée en cli-

nique, alors qu'il est ultra-classique avant un diagnostic positif de tuberculose des parties molles d'envisager la possibilité de mycose ou de syphilis... Du reste, il existe un pyogène dont nous n'avons pas encore parlé et qui cause à lui seul peut-être plus d'abcès pseudo-tuberculeux qu'en provoquent à eux tous, les microbes que nous avons déjà cités, le tréponème et les mycoses, nous voulons parler du banal *staphylocoque* (1).

Bien qu'elle ne soit pas la première en date, il s'en faut, citons d'abord l'observation publiée par SCHWARTZ dans *Paris Médical* du 30 avril 1932 ; la voici, quelque peu résumée :

L'auteur est appelé auprès d'une femme de 30 ans environ pour une tuméfaction qui occupe très exactement la ligne médiane du dos, masquant les apophyses épineuses. La peau est parfaitement saine sur cette masse haute de 15 centimètres et large d'environ 10 centimètres. A l'examen, fluctuation nette dans toute l'étendue de la tuméfaction. Il s'agit d'une collection purulente qui ne s'accompagne d'aucune réaction générale. La température est normale, on est tenté de poser le diagnostic d'abcès froid d'origine vertébrale.

(1) Nous ne citons point ici les abcès sans douleur et sans fièvre, d'évolution lente et insidieuse, étudiés dans la thèse d'AVELINE (Paris, 1917). Voir notamment pages 23-24 du travail de cet auteur. Il s'agit d'une étude très objective et très précise, d'autant plus que l'observateur a été le malade lui-même. Mais elle nous semble intéressante surtout au point de vue pathogénique.

Mais la jeune femme est d'une santé robuste, sans aucun passé suspect, sa tuméfaction s'est développée rapidement ; le rachis possède une souplesse parfaite de tous ses mouvements et ne présente nulle part de points douloureux à la pression ; enfin et surtout l'auteur se méfie, ayant « pour principe en présence d'une collection froide de penser toujours à la possibilité d'une origine autre que la tuberculeuse ».

Dans cet esprit il fait une ponction et retire un pus « louable » qui a l'apparence d'un pus ordinaire non tuberculeux, où le laboratoire décèle le staphylocoque doré ; il s'agissait d'un abcès froid staphylococcique. Cette observation illustre la formule déjà souvent citée : « Un abcès froid n'est pas forcément tuberculeux... Ai-je besoin de dire, ajoute SCHWARTZ, que l'oubli de cette vérité peut avoir les plus graves conséquences en amenant le praticien à instituer une thérapeutique défectueuse ? »

G. MILIAN a rappelé à plusieurs reprises que les collections suppurées staphylococciques peuvent prendre la physionomie d'abcès froids. Dans la *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie* de septembre-octobre 1932, il écrivait à propos d'un abcès froid staphylococcique de la cuisse, que « RECLUS a signalé depuis très longtemps les abcès froids à staphylocoques. GOUGEROT, à l'occasion de ses études sur la sporotrichose et les diverses manifestations cutanées des microbes pyogènes, en a rapporté à plusieurs reprises d'intéressantes observa-

tions. Les premières en date se trouvent dans un Mémoire à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* sur le phlegmon ligneux. (Séance du 3 fév. 1909). »

La collection dont parle MILIAN dans cet article de la *Revue de Dermatologie* était purement dermo-épidermique et n'avait aucune connexion avec les plans profonds. Cette masse fluctuante n'était pas douloureuse ; pas de coloration sensiblement anormale de la peau ; pas de température. Nous reviendrons sur l'aspect du pus qui fut retiré par ponction : liquide épais, sanguinolent, de couleur lie de vin (1).

Suit, dans le même numéro de la même Revue, une observation d'abcès froid staphylococcique du bras par le même auteur. Evolution avant diagnostique et traitement : une année. A la ponction on trouva du pus rappelant le précédent. Le squelette sous-jacent était absolument normal. L'examen bactériologique et la culture confirmèrent la nature staphylococcique de l'abcès (staphylocoque doré). Signalons qu'à la biopsie on ne trouva pas le moindre polynucléaire, mais des cellules géantes.

MINNE, dans l'*Echo Médical du Nord* du 6 février 1932 a rapporté l'observation d'un volumineux abcès froid non tuberculeux de la paroi abdominale. Cet abcès, biloculaire, fluctuant, évolua sans s'accompagner des signes cardinaux de l'inflammation. Il s'agissait d'un malade du service de M. le Professeur

(1) Cet aspect sanguinolent trouve son explication dans les nombreuses hémorragies microscopiques constatées à l'examen histologique.

LE FORT dont l'examen du système osseux, l'exploration du rachis était entièrement négatif, cliniquement et radiologiquement. L'intervention (ablation complète) ne montra aucune communication de la poche avec les plans profonds. Les deux abcès s'étaient développés entre les plans du grand et du petit oblique. A l'examen bactériologique on trouva du staphylocoque blanc.

A côté de ces cas où le squelette voisin est absolument intact, il en est d'autres où l'os est lésé. ROLLO (de Naples) a publié en avril 1931, six observations d'ostéomyélites à allure chronique d'emblée, certaines avec tendance à l'évolution articulaire (tuméfaction du poignet sans fièvre ni phénomènes généraux, raréfaction de l'épiphyse inférieure du radius à la radiographie). Cet auteur insiste sur la ressemblance de ces épiphysites avec la tuberculose, et pour éliminer celle-ci, sur l'importance de la ponction du périoste suivie d'examen bactériologique. Dans ses observations les plus caractéristiques il s'agissait de staphylocoque doré.

En somme, d'une part, *collections froides suppurées sans rapports avec l'os*, de l'autre, *abcès froids pseudo-tuberculeux évoluant parallèlement à une atteinte osseuse* (propagation ou contiguïté), réalisant le type d'*abcès ossifluents staphylococciques*.

Nous allons nous étendre quelque peu sur une forme spéciale du premier type, qu'il nous a été donné de rencontrer. Nous voulons parler des *myo-*

sites chroniques, des abcès chroniques des muscles à staphylocoques.

Ces myosites sont probablement moins exceptionnelles qu'il ne semble et beaucoup sont certainement méconnues. A leur sujet, M. le Professeur LENORMANT (1) écrivait l'an dernier :

« Les classiques n'en décrivent que deux variétés : la myosite tuberculeuse, regardée comme exceptionnellement primitive, et la myosite syphilitique, longuement décrite par les anciens auteurs, mais devenue relativement rare avec le dépistage méthodique et les traitements modernes de la syphilis. Nous savons aujourd'hui qu'à ces deux infections spécifiques, il faut ajouter les infections banales à pyogènes, à staphylocoques surtout. Elles peuvent réaliser les deux grands types de myosite, chronique, l'abcès froid musculaire et la tumeur inflammatoire. Il faudra donc une vérification anatomo-pathologique ou mieux bactériologique pour affirmer la nature tuberculeuse d'un abcès musculaire torpide ».

L'ouvrage de PERGOLA, interne de Lenormant, est une excellente mise au point de la question. Dans ce livre, PERGOLA n'étudie que les myosites en apparence primitives, avec suppuration nettement sous-aponévrotique (parfaitement intra-musculaire) et il consacre de longs passages aux myosites chroniques. Il rappelle que « sans préjuger des germes en cause, elles sont à peu près passées sous silence, et c'est notre Maître, M. le Professeur LENORMANT

(1) P^r LENORMANT, in Préface *Myosites* par J. PERGOLA.

qui souligna leur importance diagnostique dans son rapport de 1932 à la Société de Chirurgie ».

Dans ce rapport, le Professeur LENORMANT avait déjà posé le problème des formes tumorales des myosites chroniques infectieuses. Ainsi est apparu à l'évidence, qu'en dehors de la syphilis et de la tuberculose, des tumeurs indurées des muscles peuvent être dues à une inflammation banale, staphylococcique ou autre. Il en est de même des myosites chroniques suppurées et, du moins en Europe, celles-ci créent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques souvent très difficiles à résoudre.

Parfois ces abcès froids musculaires ni tuberculeux, ni parasitaires, font suite à une suppuration aiguë amendée rapidement (abcès chaud refroidi) mais parfois aussi il s'agit d'une infection semblant chronique d'emblée : l'épisode infectieux initial ne sera pas retrouvé sans difficultés et sans un interrogatoire minutieux.

D'après PERGOLA, jusqu'à présent, seul le staphylocoque doré a pu être mis en évidence dans de tels abcès froids intra-musculaires ; mais il est possible que la « myosite staphylococcique à évolution froide » (HUARD) ne résume pas tout, puisque, sur les huit exemples cités par PERGOLA, dans quatre seulement l'origine staphylococcique a pu être démontrée, et MOURE écrit que « l'abcès froid du muscle commande toujours des examens bactériologiques et histologiques attentifs ».

Nous ajouterons... quand ils sont possibles, en

remarquant qu'il ne faut accepter que comme pis-aller un diagnostic sans ces vérifications. Nous répéterons encore : importance de l'interrogatoire, des antécédents, à savoir période fébrile de nature plus ou moins bien déterminée, furonculose aiguë ou chronique, cicatrice d'un anthrax, ou même exceptionnellement notion d'un panaris relativement récent.

PERGOLA étudie des cas de myosite scléreuse, peu de pus au centre ; au point de vue clinique on pouvait penser à une tumeur musculaire. Mais il rappelle ensuite que L. BAZY (Soc. Nat. de Chir. de Paris, 1932 et PICOT (*ibidem* 1933) ont publié chacun une observation de véritable abcès froid staphylococcique des muscles du mollet.

Dans l'observation de BAZY « il s'agissait d'une femme présentant dans ses antécédents lointains une ostéomyélite du tibia. Elle entre à l'Hôpital pour abcès du mollet, d'allure froide évoluant depuis deux mois.

On fait le diagnostic d'abcès froid tuberculeux, et ce diagnostic paraît si évident qu'on remet en question la nature de la lésion osseuse dont cette malade a souffert autrefois. La ponction et l'examen bactériologique du pus pratiqués à plusieurs reprises montrent la présence du staphylocoque doré ».

Dans l'observation de PICOT, « un enfant de 7 ans est amené à l'Hôpital pour abcès d'allure froide des deux mollets. Le début a été torpide, l'enfant ne souffre pas, ne boite pas, et arrive à pied à l'Hôpital.

A l'examen : tuméfaction fluctuante et indolente, entourée d'une coque dure, des deux jumeaux de chaque côté.

Antécédents : furonculose récente et tenace.

On porte le diagnostic d'abcès froid tuberculeux.

Examen bactériologique du pus : staphylocoque. »

Chez ces deux malades, l'étude serrée des antécédents révélait une origine nettement staphylococcique, dans le premier cas déjà lointaine, et dans le second d'évolution récente. Si l'on ignore ces antécédents on pense fatalement à la tuberculose : cliniquement le début est insidieux, indolent, et les signes classiques d'inflammation manquent complètement.

« En présence d'une telle lésion, écrit PERGOLA, la ponction suivie d'examen bactériologique du pus doit être un geste systématique, et ainsi l'intervention chirurgicale amène une guérison rapide ».

« Bien souvent on affirme la tuberculose et on opère pour extirper l'abcès et sa paroi présumée tuberculeuse. C'est l'examen bactériologique du pus qui permet de rectifier le diagnostic (PICOT). Le mal ici n'est pas grand puisque le traitement est souvent le même (le pronostic de ces abcès torpides est excellent après le traitement approprié).

L'éventualité fâcheuse serait de porter et le diagnostic et le pronostic d'abcès tuberculeux d'origine osseuse ou articulaire et d'en effectuer le traitement. » (Nous verrons plus loin comment on peut souvent éviter cette erreur).

La quatrième observation, dont le diagnostic bactériologique n'a malheureusement pas été fait rentre certainement dans le cadre des myosites suppurées froides à staphylocoques que nous venons d'étudier.

OBSERVATION IV. — (Docteur OLIVIERI)

Voici de notre ami, le Docteur OLIVIERI, de Château-Gontier, l'histoire d'un garçon de 7 ans, B. M..., que nous avons examiné nous-même.

« Ce malade a été soigné de mars 1936 à novembre 1936. Ses antécédents héréditaires étaient normaux, de même ses antécédents personnels : il s'agissait d'un sujet sain.

En avril 1936 apparaît une tuméfaction dans la partie moyenne du bras gauche, à la face postérieure. Tuméfaction peu douloureuse, indépendante de l'os.

A l'examen, il y avait une *tuméfaction fluctuante*, grosse comme une grosse orange, plaquée contre l'humérus dont elle était d'ailleurs indépendante. Cette masse paraissait s'être développée dans le triceps brachial.

La peau était de coloration normale ; pas de température.

Je fais le diagnostic d'abcès froid musculaire.

Mais le drainage filiforme ne donne issue qu'à une masse gélatineuse, de couleur vert brun, légèrement sanguinolente, et ne ressemblant nullement à du pus tuberculeux.

Ce contenu rappelle absolument celui des abcès qui ont été décrits par MOULONGUET dans son étude sur les « abcès ossifluents chroniques à staphylocoques » et bien qu'il n'existe aucune relation avec l'os, je pense immédiatement à un abcès torpide staphylococcique.

L'évolution semble avoir confirmé ce diagnostic, en effet la guérison a été obtenue en six mois, *et seulement par ponction* avec restitution « ad integrum », seule persiste

une apparence de trou dans la région du triceps. L'humérus, facilement palpable est absolument normal.

L'état général est excellent ; il n'existe pas de signes pulmonaires, pleuraux ou ganglionnaires qui puissent infirmer le diagnostic précédemment porté.

Le malade a été revu il y a deux mois : Le triceps est complètement détruit. L'humérus ne présente pas la moindre réaction périostée. »

De ces abcès froids musculaires d'origine staphylococcique, il est tout naturel de passer à l'étude des abcès froids de même origine microbienne, mais ossifluents.

Question déjà ancienne à vrai dire. N'était-elle pas déjà connue, voici plus de 60 ans, par PONCET lorsqu'il étudia et décrivit « la *périostite albumineuse*, collection liquide développée au voisinage d'un os, dont le contenu est constitué par un liquide filant, visqueux, et remarquable par la quantité d'albumine qu'il contient ».

Jusqu'à ces dernières années les *thèses* de BOURLOT (Paris, 1902) et RONDOT (Lyon, 1903) constituaient l'essentiel en la matière ; depuis 1930 des observations de différents auteurs, surtout à l'étranger, semblent avoir remis la question à l'ordre du jour. REVIGLIO, par exemple, relatait en mars 1931 un cas d'ostéomyélite et de périostite albumineuse (*Quaderni Radiologici*, mars 1931). Rappelant que la périostite albumineuse ou séreuse est une variété d'ostéomyélite et de périostite purulente qui se distingue par un degré moindre de l'intensité de l'infection, puisqu'elle

est constituée en fait par un processus inflammatoire atténué, l'auteur rapporte son cas personnel concernant un nourrisson de un an.

Le petit malade présentait une masse de consistance ferme, élastique, fluctuante sur certains points, siégeant sur la partie supérieure du creux poplité et s'étendant jusqu'au tiers moyen de la cuisse gauche. Aucune douleur.

A l'examen radiographique, on note la présence d'une zone de raréfaction trabéculaire et de déminéralisation sur le tiers distal de la diaphyse fémorale.

A l'opération la masse tumorale présente les caractères d'une membrane pyogénique épaisse de quelques millimètres avec un contenu liquide, rose, contenant de nombreux caillots fibrineux. On excise le sac, on suture. Guérison.

Il s'agissait d'un cas absolument typique d'ostéomyélite et de périostite albumineuse avec épanchement ossifluent.

N'est-ce pas le moment de rappeler avec M. R. LE FORT (*Congrès de la Société Française d'Orthopédie*, 1935), que le diagnostic de tuberculose ostéo-articulaire posé par les cliniciens les plus avertis, est erroné dans 11 % des cas, où le laboratoire montre des microbes ordinaires bien qu'il s'agisse de lésions fermées ? Cela prouve que les cadres cliniques : tuberculose, ostéomyélite, sont des schémas commodes mais faux. Ils ne répondent pas à tous les cas : Une *infection ostéomyélitique peut offrir l'aspect d'une*

tuberculose. L'ostéomyélite vertébrale chronique, par exemple, est alors prise pour un Mal de Pott.

C'est ainsi qu'il y a quelques années, OEKLECKER (de Hambourg) a publié dix observations dans lesquelles il s'agissait d'hommes de 28 à 50 ans, non tuberculeux, la plupart soignés pour Mal de Pott ; les uns étaient abcédés en arrière, avec fistule lombaire, les autres en avant avec abcès de la gaine du psoas. Et l'erreur était due à ce que l'on n'avait pas fait la recherche systématique d'un épisode aigu initial, la recherche de la porte d'entrée. La connaissance de ces renseignements eût fait examiner plus minutieusement les détails des clichés radiographiques et eût commandé des examens de laboratoire.

Il semble bien que dans la pratique, par suite de la fréquence de la tuberculose ostéo-articulaire, c'est le premier diagnostic qu'on porte en pareil cas, et à cause de sa grande vraisemblance on néglige de pousser plus loin les investigations.

Plus importants que la radiographie (bien qu'elle puisse dans certains cas montrer des condensations et des proliférations osseuses) nous semblent les antécédents auxquels il faudra prêter grande attention, et les observations faites au cours des ponctions. Dans certains cas celles-ci décèleront un pus ressemblant à celui d'un abcès chaud, alors que, cliniquement il s'agit d'un abcès froid. L'on peut dire qu'aussi tôt sera fait le diagnostic d'*abcès non tuberculeux cliniquement froid*, tout comme dans les trois observa-

tions du Docteur LE GAC, où le diagnostic fut immédiatement soupçonné par l'aspect du pus « bonum et laudabile » nettement différent du pus d'abcès froid bacillaire.

Le laboratoire donnera la preuve de l'origine (le plus souvent ostéomyélique) de ces suppurations. Nous avons déjà cité des observations se rattachant à cette éventualité (SCHWARTZ).

Mais nous allons voir que dans les cas de « périostite albumineuse » authentique, souvent le diagnostic précis d'abcès froid non tuberculeux d'origine staphylococcique peut être soupçonné d'emblée, au vu des caractères macroscopiques du pus de ces suppurations, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir des renseignements sur les antécédents du malade. Au lieu du pus verdâtre et grumeleux de l'abcès froid tuberculeux, le contenu est constitué par un liquide rosé, mêlé de débris fibrineux. Rappelons que nous avons déjà signalé des caractères identiques à propos de deux abcès froids staphylococciques (sans rapports avec le squelette) publiés par MILIAN ; de même pour notre observation IV.

MOULONGUET et ROUSSET à qui l'on doit la meilleure mise au point de la question, dans l'étude qu'ils ont faite des *abcès ossifluents chroniques à staphylocoques* (*Journal de Chir.*, août 1934) conseillent de prêter grande attention aux antécédents du malade, (épisode fébrile plus ou moins net, ostéomyélite aiguë) mais ils *insistent* sur l'aspect du liquide obtenu par ponction, lorsque celle-ci n'est pas impossible.

Cliniquement, c'est en un mot « tout l'aspect d'une lésion tuberculeuse... mais vient-on à ponctionner cet abcès froid par congestion, contrairement à toute attente, on ne retire rien ou seulement une petite quantité de liquide séreux ou séro-sanglant, et l'aiguille se bouche constamment...

C'est le résultat de la ponction qui, nous semble-t-il, met le plus souvent sur la voie du diagnostic, tant il concorde mal avec les caractères de l'abcès froid tuberculeux : en effet, la présence dans la collection de fausses membranes fibrineuses et de coagula empêche l'évacuation de son contenu séreux...(1).

Et plus loin... Le contenu est toujours un liquide séreux, filant, visqueux et albumineux... d'où... le nom de périostite albumineuse qui peut être retenu pour traduire l'état anatomique de l'affection » (les auteurs pensent que ce terme « prête à confusion dès qu'on en envisage l'origine et la nature », aussi préfèrent-ils parler d'« abcès ossifluents chroniques à staphylocoques »).

Si la consistance du liquide est toujours la même, sa coloration est variable : clair et citrin, ou « jaune verdâtre, mais souvent sanguinolent, voire franchement sanguinolent, voire franchement sanglant comme dans l'une de nos observations ».

En somme, en matière d'abcès ossifluents chro-

(1) Il faut cependant faire remarquer que parfois les grumeaux contenus dans un pus tuberculeux peuvent aussi boucher la lumière du trocart. Cela se voit surtout lorsque l'abcès froid n'est pas encore complètement liquéfié.

niques à staphylocoques, ce sont les antécédents et la ponction qui donnent les éléments du diagnostic. La radiographie et l'examen bactériologique seront, certes, systématiquement pratiqués lorsque les conditions sociales du malade le permettront. (Pour qui connaît nos campagnes, il n'est pas d'hérésie à dire qu'elles ne le permettront pas toujours). A la radio, on constatera souvent l'absence de décalcification et surtout la production de néo-formations ostéo-périostiques alors que cette ostéite constructive est rare dans la tuberculose.

« L'examen bactériologique donnera la preuve de la nature staphylococcique de la lésion. Une tuberculose surinfectée, réchauffée, n'évolue pas avec cette allure torpide et le contenu est toujours franchement purulent...

L'examen histologique confirmerait s'il en était besoin le diagnostic (MOULONGUET et ROUSSET). En effet, très souvent, cet examen révélera une *membrane pyogène*, mais avec un *revêtement interne très infiltré de polynucléaires*. »

En fait, nous voyons que ces abcès froids staphylococciques, les mieux connus de la série des « abcès froids non tuberculeux », ne réalisent jamais un abcès froid au sens strict du mot ; dans la membrane pyogène l'on découvre de nombreux polynucléaires, et au point de vue macroscopique, nous avons suffisamment insisté sur les caractères du pus pour ne pas avoir à y revenir.

Mais au point de vue strictement clinique, par le

simple examen du malade, comment faire le diagnostic sans la connaissance précise des antécédents de celui-ci ? et si on ne les connaît pas, sans un interrogatoire minutieux ? *La ressemblance avec la tuberculose peut être telle* qu'à notre avis, il n'est qu'une façon de ne pas s'exposer à l'erreur : en pareil cas, *au moindre doute, au moindre antécédent suspect, pratiquer la ponction.* Ce doit être un geste réflexe.

Si nous avons tellement insisté sur les abcès froids à staphylocoques, la raison en est qu'ils sont les plus fréquents après les abcès tuberculeux ; si fréquents qu'on les rencontrerait, ce nous semble, à chaque instant en clinique, si l'on y pensait. Leur existence est bien établie, et à quelques détails près (aspect du pus, présence de polynucléaires au niveau de la membrane pyogène) ils présentent le tableau d'un abcès froid tuberculeux, ossifluent ou non. Cependant, le praticien éloigné de tout centre hospitalier, pourra à la rigueur, lorsque les circonstances l'exigeront, en faire le diagnostic aux caractères du pus sanguinolent retiré par ponction, surtout s'il peut se baser sur l'existence d'antécédents staphylococciques.

Lorsqu'il s'agit d'abcès froids à gonocoques, à mélitensis, à Eberth, ou à pneumocoques ou bien à streptocoques, comme dans les observations du Docteur LE GAC, on ne trouve pas ce pus sanguinolent, *mais ce n'est pas non plus du pus ressemblant à du pus tuberculeux.* On peut le qualifier de « bonum

laudable » (obs. II). Cliniquement, l'on a affaire à un abcès froid tuberculeux, mais la ponction retire un pus d'abcès chaud. La notion du passé du malade mise à part, ce nous semble être la clef du diagnostic, et même au cas d'abcès staphylococcique il peut en être ainsi.

En résumé, ce que l'on retrouve toujours lorsque l'attention est attirée par quelque chose d'anormal lors du diagnostic ou au cours de l'évolution d'un abcès froid (par exemple, par l'absence d'« *imprégnation tuberculeuse* » contrastant avec la notion d'une infection aiguë dans un passé plus ou moins lointain) ce que l'on retrouve toujours, si vraiment il s'agit d'une suppuration torpide non tuberculeuse, c'est un pus différent du pus tuberculeux ; tantôt pus d'abcès chaud, tantôt pus sanguinolent difficile à ponctionner.

Pour nous, c'est là le point capital, avec la notion de l'existence fréquente d'une infection aiguë préalable (omphalite, abcès de l'oreille, pneumonie dans nos observations, dans d'autres cas urétrite gonococcique, typhoïde, ou scarlatine antérieures).

Nous pensons que toute suppuration aiguë chez un nourrisson, toute suppuration aiguë ou toute maladie infectieuse chez un adulte, commande une surveillance médicale, non seulement pendant les semaines qui suivent, mais pendant des mois et des mois. C'est le meilleur moyen d'éviter, entre autres, la complication qui fait le sujet de cette thèse : l'abcès froid, lequel peut se compliquer à son tour, car nous avons vu que, tout comme les abcès froids

tuberculeux, ceux qui sont étudiés dans ce travail sont fréquemment de véritables abcès ossifluents, pouvant entraîner des lésions articulaires sérieuses, graves lorsque le diagnostic est tardif. Les dégâts peuvent même être irrémédiables, (obs. I et obs. III).

Et puis, contrairement à ce qu'ont pu croire certains auteurs, nous le verrons plus loin, ce ne sont pas toujours des microbes de virulence atténuée qui sont en cause. Un jour ou l'autre, à la faveur d'une diminution de résistance de l'organisme ne pourront-ils pas essaimer et provoquer des complications allant jusqu'à la septicémie mortelle ? Quelquefois la simple extension profonde, insidieuse, suffira à provoquer la mort. (Cas de SICARD et BRUNHES).

Pour en revenir aux complications ostéo-articulaires, deux de nos observations ont trait à des nourrissons. En présence de la deuxième, comment ne pas nous rappeler cette remarque de notre Maître, le Professeur LE DANANY (1) à propos du rôle des inflammations articulaires dans l'étiologie des luxations congénitales de la hanche :

« Cette inflammation articulaire diminuera la résistance de l'articulation à l'égard des actions nuisibles auxquelles sont soumises toutes les hanches humaines. »

D'après la lettre du chirurgien qui effectua la réduction, nous sommes tentés de croire qu'il s'agit ici d'un terme de passage entre la luxation congénitale et la luxation pathologique, plus proche du reste

(1) LE DANANY, *La luxation congénitale de la hanche*, Flammarion, édit., p. 87.

de la première puisque le côté sain (du point infectieux) a présenté lui aussi une luxation.

Dans la première observation du Docteur LE GAC, les abcès des hanches dataient déjà de deux mois lorsqu'il fut appelé à soigner l'enfant ; c'est ce qui explique que malgré la ponction, les lésions osseuses aient continué d'évoluer, aboutissant quelques mois plus tard à une luxation pathologique.

Nous voyons donc que chez le jeune enfant, ce n'est pas seulement le diagnostic de tuberculose qui risque d'être posé à tort en présence des complications articulaires d'un abcès froid non tuberculeux de la région coxale, la confusion avec la luxation congénitale est également possible. « Un diagnostic rétrospectif très intéressant, écrit M. le Professeur LE DAMANY à propos de la luxation congénitale (1), est celui de *luxation par ostéomyélite de la hanche* survenue chez un enfant *alors qu'il ne marchait pas encore*. Dans les premiers mois de sa vie cet enfant a eu, dans la fesse ou à son voisinage, un gros abcès. Un médecin l'a incisé, le pus s'est écoulé, la guérison s'est faite assez vite, et l'incident a été presque oublié. Puis quand l'enfant s'est mis à marcher, il a boité comme un luxé de la hanche. Le médecin (2) *s'y trompera facilement si les parents ne pensent plus à*

(1) LE DAMANY, *La luxation congénitale de la hanche*, Flam. édit., p. 135-136.

(2) Nous retrouvons ici les avantages du « médecin de famille » qui a suivi l'enfant depuis sa naissance.

l'abcès, si l'attention n'est pas attirée par la petite cicatrice de la région trochantérienne.

Alors on fera le diagnostic de luxation congénitale, on décidera le traitement. Mais si, comme on doit toujours le faire, un examen radiographique préalable précède la réduction, on sera tout surpris de l'aspect anormal du fémur. Même si l'enfant a depuis longtemps, depuis plusieurs années, dépassé l'âge d'apparition du point osseux de la tête, ce point manquera. Le corps du fémur se terminera à son extrémité supérieure comme un cylindre un peu irrégulier (1). Dans l'inflammation dont la hanche a été atteinte, elle s'est trouvée détruite, ainsi que le cartilage qui aurait pu la régénérer.

Si le chirurgien, méconnaissant la signification de ces lésions, tente une réduction, il aura la surprise, même avec un tout jeune enfant, de trouver que la luxation est irréductible. Comment en serait-il autrement puisqu'il n'y a plus ni cavité articulaire, ni synoviale, ni tête du fémur ? Même si l'on a connu l'existence de l'abcès, même si l'on a retrouvé la cicatrice cutanée, le diagnostic de la luxation ne pourra être que soupçonné. C'est la radiographie qui en apportera la certitude. »

Chez un garçon de 5 à 10 ans ce sera également la radiographie qui en pareil cas tranchera le diagnostic entre l'arthrite froide non tuberculeuse et l'*ostéochondrite déformante infantile* de l'épiphyse fémorale

(1) Ne dirait-on pas qu'il s'agit de notre malade de l'observation I, à ceci près : son abcès était à pneumocoques.

supérieure. Même s'il existe une subluxation plus ou moins accentuée, les caractères du noyau épiphysaire flou, formé de taches sombres et de taches claires, aplati et débordant le cartilage de conjugaison qu'il vient coiffer « en béret basque », distingueront cette affection, non seulement de la tuberculose, mais aussi des arthrites torpides à pyogènes. On devra du reste penser à l'ostéo-chondrite en présence d'un enfant qui souffre depuis des mois de claudication intermittente, car cette évolution de longue durée, entrecoupée par des périodes de rémission est assez caractéristique de la maladie.

Nous ne voulons pas insister sur la pathogénie de celle-ci, l'accord est loin d'être fait entre les auteurs quoique pour certains (LEGG, PERTHES, FROELICH) il s'agisse de la transformation régressive *in situ* d'un os normal par infection atténuée à staphylocoques.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DES ABCÈS FROIDS NON TUBERCULEUX

La plupart des auteurs qui ont publié des observations d'abcès froids non tuberculeux, font intervenir pour expliquer la nature torpide de ces suppurations, la notion de microbes de virulence atténuée.

SCHWARTZ, que nous avons déjà cité à plusieurs reprises et qui a eu le grand mérite d'insister sur la fréquence relative des abcès froids non tuberculeux écrit en parlant de ces derniers : « Il suffit que l'agent microbien en cause ait une virulence atténuée

(1) Nous n'avons pas parlé et nous n'insisterons pas sur les *abcès froids aseptiques* survenant dans les mois qui suivent une ostéosynthèse et qui ont été étudiés par MASMONTÉIL (qui a démontré leur origine électrolytique), bien qu'il nous semble que lorsqu'il s'agit d'abcès apparaissant au voisinage d'une articulation fréquemment atteinte de tuberculose et un certain laps de temps après une ostéo-synthèse pour fracture, il soit facile de conclure à la nature bacillaire de ces « abcès froids » si l'on n'a pas présente à l'esprit la notion « d'abcès électrolytique ».

pour que la suppuration ait toutes les apparences d'un abcès froid. »

PERGOLA, à propos des formes scléreuses des myosites chroniques à germes banaux, écrit que leur pathogénie est complexe : « Il doit intervenir un terrain meilleur, une excellente défense locale et une virulence atténuée du germe. Cette dernière hypothèse est vraisemblable ; elle est prouvée par la belle observation de L. BAZY. Cet auteur stérilise un abcès musculaire à staphylocoques par des injections de bactériophage : le pus disparaît en grande partie, mais une sclérose intense se développe. »

Nous ne voudrions pas, quant à nous, nier cette notion de virulence atténuée dans tous les cas de suppurations torpides. Cependant nous sommes persuadé que dans ce processus de localisation de l'infection intervient avant tout une question de terrain, un facteur personnel. Dans la région de Vannes où nous avons exercé la médecine pendant plusieurs mois, en tant que collaborateur d'un médecin momentanément surchargé, nous avons eu à traiter d'assez nombreuses diphtéries et nous avons remarqué que les diphtéries malignes en cette région n'atteignaient jamais les enfants du pays ; par contre nous y avons vu les enfants des grandes villes, nouveau-venus en Bretagne, contracter constamment des diphtéries graves, et nous aurons toujours présent à la mémoire ce petit Parisien que ses parents n'avaient pas voulu faire vacciner par l'anatoxine, et qui, malgré des doses précoces et très

élevées de sérum, mourut en trois jours de diphtérie toxique, trois semaines à peine après son arrivée sur les bords du golfe du Morbihan.

Nous croyons que nous devons attribuer la bénignité relative de la diphtérie chez les uns, la malignité chez les autres, à une vaccination spontanée de l'organisme des premiers, à un manque de résistance; à un défaut d'immunité chez les seconds. Vaccination antitoxique n'implique du reste pas forcément vaccination antimicrobienne. Dans le Sud-Ouest du Finistère où nous avons également fait plusieurs remplacements, nous avons eu maintes fois à traiter des cas de croup, et dans la région d'Audierne, c'est une cause de mortalité infantile qui n'est pas négligeable. Mais on n'y observe guère la forme toxique.

Nous nous sommes permis cette parenthèse qui montre bien qu'à côté de la notion de virulence des germes, existe, pour le moins aussi importante, la notion de résistance, de vaccination (congénitale ou acquise) de l'organisme attaqué par le microbe. Encore est-il qu'il peut y avoir dissociation entre la vaccination antitoxique et la vaccination antimicrobienne.

Dans sa thèse, inspirée par M. le P^r DELBET, AVELINE (1) étudiant les *pyohémies symbiotiques par vaccination antitoxique*, montre bien le contraste qui existe entre ces deux processus. Il rap-

(1) AVELINE, *Les pyohémies symbiotiques par vaccination antitoxique*. Jouve édit., Paris, 1917.

pelle l'observation de deux blessés rapportée incidemment par M. le Pr QUÉNU dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* du 6 décembre 1916. Le sang de l'un d'eux renfermait du staphylocoque, celui de l'autre du streptocoque.

« En dehors du traitement local, des injections de 10 centimètres cubes de sérum de Leclainche et Vallée furent faites pendant quatre ou cinq jours sous la peau, reprises après une nouvelle poussée thermique. Les deux injectés guérissent. Ils guérissent après avoir fait des abcès à distance ; sorte d'abcès de fixation survenant sans douleur, sans odeur, sans aucun changement de coloration de la peau. C'est par hasard que l'infirmière découvre une tuméfaction et la signale. Cette tuméfaction est franchement fluctuante, on l'ouvre, il en sort non pas du pus liquide, mais une véritable purée blanche de leucocytes ; l'examen y révèle peu de microbes (la plupart phagocytés). »

Commentant cette observation d'abcès cliniquement froid mais non tuberculeux, M. le Pr DELBET conclue qu'il s'agit de *bacillémiques qui ne sont pas vaccinés contre le microbe, mais qui le sont en partie contre ses toxines*, d'où le nom qui exprime bien le fait de *Pyohémie symbiotique par vaccination antitoxique*.

Rapportant ensuite sa propre histoire pathologique, AVELINE décrit admirablement dans l'évolution de ces pyohémies trois périodes bien différentes quand on les étudie de près mais qui se suc-

cèdent sans brusque transition. A la première période, caractérisée par sa symptomatologie aiguë, fait suite une *phase atténuée* avec relèvement de l'état général et courbe thermique plus régulière.

Puis succède « une *phase de latence* », parfois très longue, et qui correspond à la véritable période de vaccination antitoxique, la précédente n'en étant que le début. Des microbes persistent dans la circulation qui révèlent leur présence à la moindre occasion de diminution de la défense organique, mais leurs toxines sont en quelque sorte neutralisées, et les accidents qu'ils déterminent sont atténués, insidieux, à évolution lente. Certains abcès comme dans le cas relaté par M. le P^r QUÉNU peuvent passer inaperçus jusqu'au moment où un incident les fait découvrir.

« DELPECH, dans le *Mémorial des Hôpitaux du Midi* de 1829, a déjà parlé de collections se développant sans attirer l'attention chez des infectés et en particulier chez un jeune homme dont il rapporte l'histoire. Il leur avait donné le nom resté classique, d'« abcès soudains ». La dénomination peut leur rester dans le cas présent, mais ce qu'il importe de différencier c'est leur pronostic. Alors que DELPECH les a signalés comme des accidents *prae mortem* au cours d'un « état cachectique », nous les retrouvons à la période de latence, se développant chez un malade qui paraît jouir d'une santé excellente et se croirait sans eux à tout jamais débarrassé de son infection ancienne. »

Celle-ci remonte parfois à plusieurs années. AVELINE, malade depuis mars 1911, fit un gros abcès de ce genre dans la région sus-épineuse, en juin 1914. Cet abcès évolua sans douleur et sans fièvre. Son évolution fut lente et insidieuse : il fut incisé au bout d'un mois.

Indépendamment des conclusions cliniques qui ressortent de la thèse d'AVELINE (*Si l'on ne connaît déjà le malade, on soigne l'accident sans remonter à la cause*) et qui cadrent bien avec notre propre exposé, nous voyons donc que des microbes peuvent après une maladie aiguë, continuer à vivre dans l'organisme, mais dans une sorte de symbiose, sans troubler l'état général, avec une santé excellente malgré la formation d'un ou de plusieurs abcès métastatiques. Le microbe semble « se comporter en fait comme dans bien des cas le bacille tuberculeux » (1).

En somme, dans ces pyohémies symbiotiques les microbes « continuent à circuler dans le sang puisque se produisent de nombreux abcès métastatiques : il n'y a donc pas de vaccination antimicrobienne (2). Mais les microbes ne produisent pas de réaction

(1) Pr P. DELBET et N. FIESSINGER in *Biologie de la Plaie de Guerre*, p. 281.

(2) En matière de mélitococcie et de typhoïde, on peut faire intervenir également une vaccination antimicrobienne partielle. Contre les pyogènes si l'auto-vaccination antitoxique est rare, l'auto-vaccination antimicrobienne l'est bien davantage. Elle peut cependant se produire, même dans des cas de septicémie à streptocoques, à titre exceptionnel. Ce point a été démontré dans la *Biologie de la Plaie de Guerre*. V. p. 203-281.

générale, aucun phénomène infectieux ne survient. Il y a donc vaccination antitoxique » (1).

Mais il n'y a guère de vaccination absolue, même dans les cas où les abcès froids non tuberculeux doivent être considérés comme d'un pronostic favorable, même lorsqu'ils semblent mettre un terme à la septicémie comme les abcès périostés de la fièvre typhoïde, comme beaucoup d'abcès à staphylocoques. A l'occasion d'un surmenage, d'une maladie intercurrente, « des microbes ayant persisté longtemps dans l'organisme sans produire d'accidents peuvent tout d'un coup reprendre leur activité néfaste » (2). Et AVELINE a pu citer dans sa thèse des exemples de pyohémies symbiotiques qui se sont terminées par la mort.

Ces données sur l'auto-vaccination et plus particulièrement sur l'auto-vaccination antitoxique correspondent bien à des réalités. Il s'agit de phénomènes concrets, et pas seulement quant à leurs manifestations cliniques, puisqu'ils sont susceptibles de mesure. Il est intéressant de rappeler ici l'article de P. MOULONGUET et J. A. LIÈVRE sur l' « *ostéomyélite éburnante chronique des os longs et le diagnostic des condensations osseuses* » (*Pr. Méd.*, 10 fév. 1937, p. 209-212).

Dans cette variété d'ostéomyélite chronique « les lésions de voisinage des parties molles, disent les

(1) *Biologie de la Plaie de Guerre*, p. 322.

(2) P^r DELBET et N. FIESSINGER, in *Biologie de la Plaie de Guerre*, p. 322.

auteurs, sont très variables, souvent nulles ; dans notre cas, elles étaient très étendues, véritable abcès ossifluent torpide dans l'épaisseur du quadriceps crural...

L'ensemencement du foyer osseux a montré habituellement du staphylocoque doré, parfois du staphylocoque blanc, et c'est un point assez *remarquable* qu'un *staphylocoque virulent* puisse *végéter* pendant des années dans l'organisme sans déterminer de réaction proprement inflammatoire (1). Cela va sans doute de pair avec la solide barrière de l'éburnation osseuse et d'autre part avec la vaccination de l'organisme (constatée dans notre cas par l'étude des antitoxines du sérum). »

Un dosage de l'antitoxine staphylococcique dans le sang avait en effet montré une teneur entre 7 et 10 unités antitoxiques, soit une assez bonne immunité.

Nous nous sommes étendus sur ce chapitre surtout en raison des déductions thérapeutiques qui en découlent.

Il est évident que si l'explication de ces abcès, dangereux pour l'individu quoique torpides, puisqu'ils peuvent à tous moments constituer des « nids microbiens » à l'occasion d'un fléchissement des forces de l'organisme et déterminer alors, soit des complications de voisinage, notamment ostéo-articulaires, soit des complications générales : nouvelle

(1) Les lésions microscopiques de l'ostéomyélite éburnante sont constituées avant tout par de la condensation osseuse pure.

période de septicémie grave avec ses conséquences, il est évident que si leur explication réside dans une auto-vaccination antitoxique assez marquée (mais chancelante) avec absence ou presque de vaccination antimicrobienne, une thérapeutique biologique doit en être la conséquence : la sérothérapie et la vaccination.

Or, lorsqu'on se rapporte aux observations éparses dans la littérature, que nous avons étudiées tout le long de la partie clinique de notre exposé, l'on voit que le traitement appliqué a été, dans la règle, la *ponction* ou dans d'autres cas l'*exérèse* lorsqu'il existait une poche pyogène à parois épaisses (Moulonguet). Dans les abcès mélitococciques seulement, les auteurs semblent avoir ajouté fréquemment les méthodes biologiques. Et cependant ces abcès ont guéri très vite, à tel point qu'ils semblaient ne demander qu'à guérir. Lorsqu'il y a eu des complications osseuses, c'est que le diagnostic n'a pu être fait qu'après atteinte déjà importante des surfaces articulaires.

Tout ce passe comme si l'organisme en « faisant » un abcès froid mélitococcique, typhique ou à pyogènes voulait réaliser une véritable épuration, comme s'il voulait retirer du milieu intérieur ces substances hétérogènes que sont les microbes. Il en est peut être ainsi surtout, risquerons nous, s'il s'est agi de bactéries très virulentes. Les émonctoires n'ont pas suffi à assurer l'expulsion de ces hôtes indésirables, mais l'organisme réussit tout de même à limiter leurs

effets nocifs en les fixant dans un abcès dont l'évolution sera torpide, froide, parce que, quoi qu'on ait pu dire, dans cet abcès il n'y aura pas lutte entre le microbe et le leucocyte. « Un microbe inclus dans un leucocyte n'est pas forcément détruit » (1). Il ne s'agit pas toujours d'une phagocytose au sens strict du mot.

Sans nier la phagocytose, « processus de défense pour les infections discrètes », le P^r Noël FIESSINGER, dans son livre *Physiopathologie des Traversées chimiques et bactériennes dans l'organisme* n'a pas hésité à écrire que « dans le pus, la bactérie reste vivante, et le leucocyte reste vivant... Ce qui peut provoquer la mort du leucocyte, c'est moins l'infection que la stagnation » (2).

L'abcès froid non tuberculeux constitue dans cette conception un *processus de fixation*, accessoirement seulement de destruction, des microbes ; l'aiguille, le bistouri, compléteront l'épuration en réalisant l'exode des microbes que les émonctoires n'auraient pu suffire à assurer.

Nous arrivons à une conclusion exactement inverse de celles qui expliquent les suppurations froides non tuberculeuses par le peu de virulence des microbes en cause.

Il faut être éclectique en médecine, et ne rien nier d'emblée. Tout de même, nous nous demandons si cette explication des abcès froids non tuberculeux par le peu de virulence des germes peut être souvent

(1) *Biologie de la Plaie de Guerre*, p. 183.

(2) P^r N. FIESSINGER, *Traversées chimiques et bactériennes*, p. 294.

valable. Il n'existe guère d'arguments en sa faveur, si ce n'est l'apparence clinique, la « symptomatologie froide, atoxique » comme la qualifie le Pr P. DELBET.

« Et cependant leurs bactéries sont virulentes ; j'ai observé, par exemple avec Florand, une série d'abcès multiples (à streptocoques) à la fin d'une rubéole anormale. Rien dans leur évolution ne les signalait comme très virulents et cependant, le streptocoque que j'ai conservé longtemps se montrait pour la souris beaucoup plus virulent que les streptocoques que j'isolais à cette époque des infections graves des plaies de guerre » (1).

Et plus loin à propos du pus :

« Sur le champ de bataille de ce combat purement imaginaire, les deux combattants sont en parfaite santé, et de même que les bactéries paraissent exalter leur virulence, de même, j'ai montré que les leucocytes y possèdent une vitalité pseudopodique vraiment extraordinaire (2). »

Il paraît, en somme, s'agir de *bactériopexie leucocytaire*.

Et l'abcès froid non tuberculeux rentre dans le groupe des *bactériopexies fixées*.

Les conclusions thérapeutiques sont très nettes : *il faut lever l'obstacle à l'exode définitif*.

Et les faits semblent donner raison à « ce retour vers une médecine ancestrale, où la doctrine des exutoires se trouve remise au jour ».

(1) Pr N. FIESSINGER, *Traversées chimiques et bactériennes*, p. 294.

(2) Pr N. FIESSINGER, *ibid.*, p. 295.

Le couple curieux leucocyte-bactérie restreint l'usage de la chimiothérapie. La sérothérapie, la vaccinothérapie auront, elles aussi, leur champ diminué du fait qu'en général, dans les suppurations froides non tuberculeuses, l'organisme est déjà relativement vacciné du point de vue antitoxique, cette vaccination pouvant même être complète à la longue. D'autre part et surtout, même en période de septicémie, de bactériopexie circulante, puisque la bactérie est dans le leucocyte, le sérum ne peut pas agir contre elle.

Il reste que ces méthodes sont des moyens d'action pour exciter le terrain leucocytaire ou viscéral, bien que n'ayant pas forcément une action spécifique.

Mais avant tout, il faudra protéger les émonctoires pour empêcher la formation de nouveaux dépôts de « leucocytes en charge bactérienne ». C'est de la prophylaxie.

Pour traiter ces dépôts, nous le répétons, il suffira de lever l'obstacle. Au point de vue pratique comment réaliser ce traitement ?

Aucun doute que dans les abcès sous-cutanés et intramusculaires la simple ponction, au besoin répétée, excellent moyen de diagnostic, ne soit aussi un traitement efficace (Obs. IV, D^r OLIVIERI). Si la poche est épaisse l'excision sera parfois nécessaire (PERGOLA).

Dans leur travail, MOULONGUET et ROUSSET, après avoir donné un résumé de 27 observations recueillies sur les abcès ossifluents torpides, concluent aussi en

faveur de l'exérèse complète de la poche pyogène : il s'agit souvent en pareil cas d'une véritable coque à parois scléreuses très épaisses.

Lorsqu'il s'agit de gros abcès, avec pus s'écoulant facilement et sans qu'une membrane épaissie ait eu le temps de s'organiser, les observations que nous a communiquées le P^r LE GAC montrent que la simple ponction peut suffire à la guérison de l'abcès proprement dit.

Il y aurait intérêt à faire le diagnostic très précoce des abcès froids non tuberculeux ; ce serait le meilleur moyen d'éviter les complications articulaires. Au moment où le D^r LE GAC a vu les malades, les abcès froids étaient constitués et visibles extérieurement. Il y a lieu de penser que par arthrotomie large au début de la localisation ostéo-articulaire de la suppuration, on aurait pu éviter la destruction des têtes fémorales (en particulier).

Pour faire le diagnostic précoce, si souhaitable, avant l'apparition des collections à l'extérieur, il faudra se baser sur les notions suivantes :

a) Notion presque constante d'une infection aiguë préalable, cliniquement guérie depuis une époque plus ou moins lointaine.

b) Notion d'un état général souvent meilleur que dans la tuberculose à moins au contraire qu'il ne s'agisse d'un débilité, mais sans signes d'imprégnation bacillaire.

c) Survenant sur un semblable terrain, la moindre impotence fonctionnelle articulaire, l'apparition de

douleurs au voisinage d'une articulation devront tenir le clinicien en éveil.

Mais souvent l'on sera appelé trop tard et nous ne pouvons nous étendre sur le traitement chirurgical des ankyloses et des luxations qui sont parfois les conséquences d'un abcès froid ossifluent non tuberculeux, trop longtemps laissé à lui-même.

Ce traitement ne diffèrera pas de celui de ces mêmes complications faisant suite à des ostéo-arthrites aiguës. Au point de vue prophylactique, une immobilisation passagère pourra être utile ; dans tous les cas, elle sera de bien moins longue durée qu'en matière de tuberculose osseuse.

CONCLUSIONS

L'abcès froid non tuberculeux n'est pas exceptionnel en clinique.

Le plus souvent staphylococcique, il peut être mélitococcique, typhique, gonococcique, pneumococcique, streptococcique même.

Parfois sous-cutané (MILIAN) parfois strictement intra-musculaire et sans rapport avec l'os, il peut avoir dans d'autres cas une origine ostéo-articulaire : véritable abcès ossifluent.

Ce dernier, en l'absence de traitement, peut aboutir à des lésions graves et laisser de grosses séquelles articulaires. Tant pour les éviter, que pour éviter la confusion avec la tuberculose ostéo-articulaire, origine d'une longue immobilisation, il y a intérêt à en faire le diagnostic précoce. Celui-ci semble basé avant tout sur la notion d'un antécédent fébrile plus ou moins lointain, et sur les caractères macro et microscopiques du pus retiré par ponction.

La pathogénie de ces abcès froids est curieuse. Il s'agit parfois d'un microbe de virulence atténuée ;

la notion d'un terrain relativement vacciné (vaccination antitoxique du Pr DELBET) nous semble plus importante.

Très souvent ces abcès semblent relever d'un processus de bactériopexie (Pr FIESSINGER).

Cette notion explique que les abcès froids non tuberculeux sous-cutanés et intra-musculaires guérissent souvent par simple ponction, dans certains cas ils nécessiteront l'excision, comme le recommande PERGOLA.

Le même traitement s'applique aux abcès ossifluents lorsque la lésion osseuse est presque éteinte et qu'il s'agit d'une poche à parois très épaisses (MOULONGUET). Mais on obtient parfois une « consolidation » rapide en traitant, dès que le diagnostic est fait, par la ponction (Pr LE GAC).

Dans certains cas, les méthodes biologiques (sérothérapie et vaccination) pourront être utilisées concurremment avec le traitement précédent, si elles ne sont pas contre-indiquées par l'état du malade.

VU : *Le Doyen,*
ROUSSY.

VU : *Le Président de thèse,*
FIESSINGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES (A.) (Pr. Ag. Fac. Montpellier). — *Fréquence relative de la coxalgie dans les affections chroniques de la hanche*, 1936, p. 421 et suivantes (sans autre indication).
- AVELINE (L.). — *Des Pyohémies symbiotiques par vaccination antitoxique* (Thèse, Paris, 1917).
- BAR. — Thèse de Lyon, 1894.
- BARNEY. — *Psoas absces of pyogenic origin* (New England Journal Medical, 1933, n° 208, pp. 977-982).
- BAZY. — *Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 1932, p. 1324.
- BOTREAU-ROUSSEL et HUARD (du Service de Santé Colonial). — *Lunarite probablement mélitococcique ayant simulé une tumeur blanche du poignet* (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., t. LVII, n° 31, 5 décembre 1931, pp. 1519-1524).
- BOTREAU-ROUSSEL et HUARD (du Service de Santé Colonial). — *Spondylite et arthrite sacro-iliaque mélitococciques avec abcès fessiers bilatéraux, ayant simulé des abcès froids ossifluents* (Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir., t. LVII, n° 32, 12 décembre 1931, pp. 1561-1565).
- BOULLOCHE. — *Note sur un cas de polyarthrite suppurée et de myosite déterminée par le pneumocoque* (Arch. de Méd. Expérimentale, Paris 1891, t. III, pp. 252-256).
- BOUQUIER (J.) (de Berck) et MARTIN (C. R.) (d'Angers). — *Les ostéo-arthrites tuberculeuses du membre supérieur* (Am. Legrand, édit., Paris, 1935).

- BOURLLOT. — *Contribution à l'étude de la périostite albumineuse* (Thèse, Paris 1902).
- BROCA. — *Chirurgie infantile*, 1914.
- BRUN et BURNET. — *Ostéite suppurée à mélitensis* (Soc. Nat. de Chir., 1924).
- BURNET, BRUN et BOUAN. — *Abcès sous-cutané de la main évoluant comme un abcès froid* (Rev. Tun. des Sc. Méd., 4 avril 1924).
- CAILLEBAR. — *Origine tuberculeuse des kystes ganglionnaires et de la périostite albumineuse* (Thèse, Paris 1906).
- CAUVÉ (J.). — *Tuberculose ostéo-articulaire. Evolution, diagnostic de début et traitement* (Masson et C^{ie}, édit., Paris, 1935).
- CANTALOUBE. — *Fièvre de Malte en France* (Paris, 1911).
- CASTAY. — *Un cas de filariose dorsale simulant cliniquement un mal de Pott* (Soc. de Méd. Chir. et Ph^{ie} de Toulouse, Toulouse Médical, janv. 1937).
- CHANTEMESSE et WIDAL. — *Des suppurations froides consécutives à la fièvre typhoïde. Spécificité clinique et bactériologique de l'ostéo-myélite typhique* (Soc. Méd. des Hôp., 24 nov. 1893).
- GREYSSSEL (M. J.). — *Ostéite syphilitique du fémur droit avec collection suppurée froide contenant du staphylocoque* (Soc. Nat. Méd. et Sc. Méd. de Lyon, 13 févr. 1929).
- CUNÉO-PICOT-MOURE et CHEVRIER. — *Discussion sur les abcès des muscles* (Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir., t. LIX, n° 12, 1^{er} avril 1933, pp. 507-511).
- DELBET (Pr) et Noël FIESSINGER. — *Biologie de la plaie de Guerre* (Librairie Félix Alcan, 1918, pp. 204, 280, 281, 321, 322 et passim).
- DELHERM, ESTÈVE et MORICE. — *Contribution à l'étude de la méli-tococcie osseuse* (Bul. et Mém. de la Soc. Radiol. Méd. de France. An 24, n° 233, nov. 1936, p. 814).
- DELPECH. — *In le Mémorial des Hôpitaux du Midi*, 1829.
- DEVÉ (F.). — *Trente-deux années d'étude de l'échinococcose* (Vol. publié par l'Assoc. Medica Argentina, Éditions « Las Ciencias », R., Buffarini, édit. Buenos-Ayres).
- DEVÉ (F.). — *L'infiltration échinococcique extra-osseuse diffuse dans l'échinococcose osseuse* (C. R. des Séances de la Soc. de Biol., t. CVII, n° 21, 1931, pp. 755-756).
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*, 1890.

- FIESSINGER (Pr Noël). — *Physiopathologie des Traversées chimiques et bactériennes dans l'organisme* (Masson, édit. 1934).
- FIESSINGER (Noël) avec COYON et LAURENCE (J.). — *Comment guérit un abcès froid* (Journ. des Praticiens, 2 oct. 1909).
- GAILLARD (R.). — *Abcès profond intramusculaire de la langue* (Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon, 22 févr. 1928).
- GARDNER (A. D.) GINDLESTONE (G. R.) et GILLEPSIE (N.) (Oxon). — *Abcès osseux d'origine mélitococcique* (The British Medical Journal, n° 3731, 9 juill. 1932, pp. 53-54).
- GILOT. — *Pseudo-coxalgie méditerranéenne* (Assoc. Franç. pour avanc. des Sc., 1908).
- GOUGEROT. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 3 févr. 1909, p. 195.
- GOVAERTS. — *Quelques enseignements cliniques fournis par l'examen du sang après les blessures* (Pr. Méd., n° 18, 29 mars 1917, p. 180).
- GRABER-DUVERNAY (J.). — *Les arthrites chroniques sacro-iliaques non tuberculeuses* (Aix-les-Bains Médical, t. I, n° 3, juil. 1936).
- HAMANT et ROTHAN (Nancy). — *Ostéite costale à mélitocoque* (Rev. Méd. de l'Est, t. LXI, n° 24, 15 déc. 1933, pp. 889-891).
- HUARD. — *Les myosites infectieuses en milieu colonial* (Journ. Méd. Colon., 30 juill. 1931. In Rev. Colon. Méd. et Chir., 1931, p. 261).
- HUARD. — *Les myosites et les pseudo-myosites en milieu colonial* (Ann. de Méd. et de Ph^{ie} Coloniales, t. XXX, n° 1, janv., févr., mars 1932, p. 5 à 32).
- HUARD. — *Les myosites infectieuses en milieu colonial* (L'Hygiène sociale, 1932, pp. 1477-1481, in n° 74).
- HUARD. — *Myosite staphylococcique du quadriceps fémoral à évolution frodie* (Bul. et Mém. de la Soc. de Chir., 1932, p. 1320).
- JANBON. — *Les grands types évolutifs de la Mélitococcie à formes pseudotuberculeuses* (Montpellier Médical).
- JOBARD. — *Ostéomyélite costale* (Soc. de Méd. et d'Hyg. du Maroc, sans indication).
- JOURNAL MÉDICAL FRANÇAIS, mars 1936. — *L'importance actuelle en Médecine de la Mélitococcie et des Brucelloses.*

- JUDET. — *Luxations de la hanche consécutives aux arthrites suppurées chez le nourrisson* (Soc. des Chir. de Paris, n° 7, 20 avril 1928).
- LANNELONGUE. — *Bul. Soc. Nat. de Chir.*, 1878, p. 276.
- LECÈNE (Pr). — *In Précis Pathologie Chirur.*, t. I par Lecène, Tixier, Patel (Masson et C^{ie}, édit.).
- LE DAMANY (Rennes). — *La luxation congénitale de la hanche* (Flammarion, édit., Paris, 1923).
- LE GAC (de Callac). — *Multiples abcès froids à pneumocoques chez un nourrisson. Guérison par ponction* (Soc. Sc. de Bretagne, t. III, fasc. 1, An. 1926).
- LE FORT (M. R.) (Lille). — *Tuberculose ostéo-articulaire et ostéomyélite* (Congrès de la Soc. Franç. d'Orthop., 1935. In Pr. Méd., 30 oct. 1935.)
- LENORMANT (Pr). — *Rapport à la Soc. de Chir.*, 1932, sur les Abcès des muscles.
- LENORMANT (Pr). — *In préface : Myosites* par J. Pergola.
- LEVEUF (J.), DE PFEFFEL (M^{lle}) et PHILIPPE. — *Trois cas d'ostéite à paratyphique B chez le nourrisson* (Soc. de Pédiatrie, 21 janv. 1936).
- MASMONTEIL. — *De quelques cas d'ostéite électrolytique* (Soc. des Chir. de Paris, 7 juin 1935).
- MASMONTEIL. — C. R. du Congrès de Chirurgie, oct. 1935.
- MASMONTEIL. — *De la tolérance de l'os aux corps étrangers métalliques. Contribution à l'étude de l'ostéo-synthèse* (Presse Méd., 27 nov. 1935, p. 1915).
- MAZZINI. — *Etude d'un cas de périostite albumineuse* (Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Buenos-Ayres, avril 1933, p. 13)
- MÉNÉGAUX et ODIETTE. — *Action cytotoxique de certains métaux sur des ostéoblastes humains cultivés « in vitro »*. Contribution à l'étude de l'ostéo-synthèse au point de vue biologique (Presse Méd., 5 oct. 1935, p. 1555).
- MERKLEN (R.) (Aix-les-Bains) et DUCROQUET (R.) (Paris). — *Arthrite de la hanche avec destruction complète de la tête fémorale* (Le Bul. Médical, An. 46, n° 22, 28 mai 1932, pp. 394-397 avec 3 fig.).

- MILBIT. — *Les opsonimes. L'étude physico-chimique et biologique* (Thèse Paris, 1909).
- MILIAN (G.). — *Abcès froid staphylococcique de la cuisse* (Rev. Franç. de Derm. et de Vénéréol., n° 9-10, sept.-oct. 1932, p. 460-462).
- MILIAN (G.). — *Abcès froid staphylococcique du bras* (*Ibidem*, pp. 463-466).
- MILIAN (G.). — *Abcès froid staphylococcique par injection intramusculaire de sels bismuthiques en solution aqueuse* (Rev. Franç. de Derm. et de Vénéréol., mars 1935, pp. 147-149).
- MINNE (J.). — *Volumineux abcès froid non tuberculeux de la paroi abdominale* (Echo Méd. du Nord, 6 févr. 1932, p. 68).
- MOULONGUET (P.) et LIÈVRE (J. A.). — *L'ostéomyélite éburnante chronique des os longs et le diagnostic des condensations osseuses* (Presse Méd., 10 févr. 1937, p. 210).
- MOULONGUET (P.) et ROUSSET. — *Les abcès ossifluents chroniques à staphylocoques (Périostite albumineuse d'Ollier et Poncet)* (Journ. de Chir., t. XLIV, n° 2, août 1934, pp. 161-174).
- MOULONGUET (P.). — *Un exemple de périostite albumineuse* (Pratique Médicale Franç., mai 1928, p. 243).
- MOURE. — *Abcès des muscles d'origine mycosique* (Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir., 1933, pp. 507-511).
- MOURE et BAUFLE. — *Abcès froid sporotrichosique du triceps brachial* (Presse Méd., 1912, p. 902).
- MURARD (Le Creusot). — *Mycose de la rotule* (Rev. d'Orthop. et de Chir. de l'appareil moteur, t. XXI, n° 2, mars-avril, 1934, pp. 138-144, avec 3 figures).
- NICOLAS (Nouvelle-Calédonie). — *Les abcès à staphylocoques en pays chauds* (Soc. des Chir. de Paris, 7 déc. 1928).
- OEHLECKER (Hambourg). — *A propos de la clinique de l'ostéomyélite vertébrale chronique et de ses rapports avec les accidents du travail* (Der Chirurg, An IV, n° 12, 15 juin 1932, pp. 473-482, avec 8 figures.)
- OURY (P.) et LE BARS (L.). — *Les Septico-Pyohémies staphylococciques chroniques à évolution prolongée* (Presse Méd., 30 janv. 1935, pp. 61-163).
- PALES. — *Les myosites et les pseudo-myosites dans le milieu indigène en A. E. F.* (Ann. de Méd. et de Ph^{ie} Colon., t. XXXI, 1933, pp. 512-530).

- PATOIR (A.) et (G.) et DECOULX (P.) (Lille). — *Evolution prolongée d'une ostéoarthrite gonococcique infantile* (Rev. de Chir., n° 7, juill. 1935).
- PERGOLA. — *Myosites. Absès des muscles* (Masson et C^{ie} édit., Paris, 1935) (*Ch. Myosites chroniques*, not., pp. 87-100-102-148 et passim).
- PICOT. — *Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 1933, pp. 507-509.
- PONCET. — *La Périostite albumineuse* (Gazette Hebdomadaire de Méd. et de Chir., 1874).
- QUÉNU. — *Bul. de la Soc. de Chir.*, 6 déc. 1916.
- RAIGA (A.). — *Guérison d'une ostéomyélite prolongée avec arthrite coxo-fémorale tardive par une inoculation intraveineuse de bactériophage* (Bul. et Mém. de la Soc. des Chir. de Paris, t. XXV, n° 11, 7 juil. 1933).
- REVIGLIO. — *Un cas d'ostéite et de périostite albumineuse* (Quadrerni Radiologici, t. II, fasc. 1, mars 1931, pp. 14-20, 1 fig.).
- RIMBAUD et LAMARQUE (de Montpellier). — *Mal de Pott mélitococcique* (Bul. et Mém. de la Soc. de Méd. des Hôp. de Paris, An 49, n° 18, 5 juin 1933, p. 700).
- RIMBAUD et LAMARQUE. — *Journal Médical français*, voir J.
- RØEDERER. — *A propos des ostéo-arthrites suppurées chez le nourrisson ; résultats par l'ouverture immédiate de la collection et l'immobilisation rigoureuse* (Soc. des Chir. de Paris, séance du 18 mai 1928).
- ROGER (de Marseille). — *Marseille Médical*, 15 nov 1919, N° spécial ; *Journ. Méd. Franç.* mai 1929, n° spécial ; *Hôpital*, n° 102, 1923.
- ROGER. — *La Spondylite Mélitococcique* (Presse Méd., n° 59, 24 juil. 1926).
- ROLLO (de Naples). — *Epiphysites et métaphysites chroniques à staphylocoques* (Il Morgagini, An. LXXIII, n° 14, 5 avril 1931, pp. 647-655).
- ROMERO. — *Contribution à l'étude des absès de la langue* (Thèse Université, Paris 1935).
- RONDOT. — *De la périostite albumineuse* (Thèse Lyon, 1903).

- ROUS (Peyton) et JONES (A.) (F. S.). — *The protection of pathogenic microorganism by living tissue cells* (The Journal of Experimental Medicine, vol. XXIII, pp. 601-602).
- SARTORY (A.) et (R.) et MEYER (J.). — *Un cas d'actinomycose vertébrale primaire dû à un actinomyces nouveau* (Acad. de Médecine, in Presse Méd., 29 janv. 1936).
- SCHWARTZ (A.). — *Des abcès froids* (Paris Médical, 30 avril 1932).
- SELVAGGI (G.) (Bari). — *L'ostéomyélite vertébrale. Contribution clinique* (Annali italiani di Chirurgia. Naples. vol. XII, fasc. 5, 31 mai 1933, pp. 675-693, avec 2 fig.).
- SERRO. — *Arch. di Pat.*, mai 1927, fasc. 2 (sans autre indic.).
- SICARD (A.) et BRUNHES (J.). — *Abcès cervicaux compliqués de méningite mortelle. Otite méconnue à « pneumococcus mucosus »* (Presse Méd., An. 42, n° 15, 21 févr. 1934, pp. 302-309).
- STROPENI. — *Périostite albumineuse du frontal due au staphylocoque doré* (Bol. e Mem. Soc. Piemontese di Chirur., mars 1933, p. 315).
- SUNDELIN. — *Tumeurs multiples disséminées dans les muscles des extrémités et rappelant la tuberculose par leur structure histologique* (Medica Scandinavica, Stockholm, 1925, pas d'autres indic.).
- TARDIEU (A.) et GOUIN. — *Gomme syphilitique du thorax ayant simulé un abcès froid* (Soc. Méd. de Paris, n° 10, 25 mai 1935).
- TAYLOR (R. M.), LISBONNE et VIDAL. — *La symptomatologie de la fièvre ondulante. Etude statistique* (Presse Méd., 6 févr. 1937, p. 185).
- TERRIER. — *Sur la périostite albumineuse* (Thèse, Paris, 1906).
- TREVES (A.). — *Pseudo-tuberculoses ostéo-articulaires* (Comm. à la Soc. des Chir. de Paris, séance du 2 déc. 1932, p. 531).
- TROTTA (G.) et CANTIERI. — *Deux cas de suppuration dus à la fièvre de Malte simulant des abcès par congestion du mal de Pott* (W. klin. Woch., 1913, analysé in Journal de Chir., 1913, p. 585).
- VALATX. — *Ostéites du calcaneum* (Soc. Méd. Chir. Ph^{ie} de Toulouse, avril 1935).
- VASSITCH. — *Un cas de polymyosite gonococcique* (Bul. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir., 1933, pp. 841-842).
- VICHARD. — *Brucelloses et manifestations ostéo-articulaires* (Thèse, Nancy, 1935).

- VIDAL-NAQUET (G.). — *Les abcès chroniques des os à staphylocoques* (Thèse Paris, 1930).
- VILLARET BEZANÇON et FAUVERT. — Soc. Méd. des Hôp., 1926 (*Un cas de septicopyohémie staphylococcique* ?).
- VIRES MAS et SERRE. — *A propos d'un cas d'abcès volumineux d'origine éberthienne* (Sc. Méd. de Montpellier, juil. 1936).
- VOSA (Naples). — *Ostéomyélite chronique d'emblée et phlegmon ligneux par staphylocoque atténué* (La Riforma Medica, An. XLIX, n° 51, 23 déc. 1933, pp. 1926-1929).
- WIDAL (F.), LEMIERE (A.) et ABRAMI (P.). — *Fièvres typhoïde et paratyphoïde*, in Nouveau Traité de Médecine de Roger, Widal, Teissier, p. 153, fasc. 3, 3^e édition revue Masson et C^{ie}.
- ZEZAS. — *Complications ostéo-articulaires de la Méliococcie* (Arch. Gén. de Chir., 25 janv. 1911).

